

PF92

VOL. 4. **Paris, 1er Janvier 1884.** N° 1.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR JANVIER 1884

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR L'ANESTHÉSIE OBTENUE A L'AIDE DU PROTOXYDE D'AZOTE, par le Dr A. Aubeau, professeur d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

(*Suite.*) *

Mais tout cela est de peu d'importance, à côté des dangers qui peuvent résulter de l'état morbide du sujet. En admettant qu'un homme robuste, doué de poumons puissants et d'un cœur sain, puisse résister à un certain degré d'asphyxie, on ne peut pousser la confiance que l'on a dans la bénignité du protoxyde d'azote, jusqu'à admettre que les gens débiles, les phtisiques, les emphysemateux, les cardiaques, tous ceux qui ont une insuffisance, respiratoire ou circulatoire, supporteront vaillamment l'épreuve.

* Voir l'*Odontologie* de décembre 1883.

895

Il importe donc de prendre certaines précautions et d'observer certaines règles dans la conduite de l'anesthésie proto-azotée. Ce sont ces règles, cette méthode que nous allons étudier.

Précautions à prendre. — Méthode anesthésique.

L'anesthésiste soucieux de la santé et de la vie des patients qui viennent se confier à lui ne doit employer pour l'anesthésie que du protoxyde d'azote préparé avec la plus grande perfection, du protoxyde chimiquement pur. Nous condamnons d'une façon absolue la méthode qui consiste à faire inspirer et expirer dans la même ballon, sans purificateur, et à administrer au patient non plus du protoxyde d'azote, mais de l'acide carbonique, de la vapeur d'eau et du protoxyde d'azote.

L'anesthésiste devra examiner avec soin le sujet qui réclame l'anesthésie et reconnaître l'état du cœur, des poumons et du système nerveux. S'il constate l'existence de désordres d'une certaine importance, il refusera l'anesthésie.

Mais, nous dira-t-on, refuser l'anesthésie, c'est révéler brusquement au malade l'existence d'une maladie qu'il pouvait ignorer! En avez-vous le droit? Nous répondrons à cette objéction : Il est toujours facile de s'abstenir sans que le malade intervienne dans votre conduite. Nous avons plusieurs fois refusé d'administrer le gaz, et voici comme nous procédions en pareil cas:

L'opérateur étant prévenu de notre manœuvre, nous faisions faire quelques inhalations afin d'obtenir un certain degré d'engourdissement et sans aller jusqu'à l'anesthésie complète, puis, sur un signe, l'opérateur procédait à l'extraction. Le malade se plaignait d'avoir souffert, mais la consolation d'être débarrassé de sa dent dissipait vite cette impression. Nous ne redoutions pas de prendre sur nous la responsabilité de cet insuccès, disant que nous n'avions pas poussé l'anesthésie assez loin afin de ne pas fatiguer le patient. Une autre précaution qu'il importe de prendre est de s'assurer qu'aucun lien n'étreint le malade ; nous faisons toujours desserrer les vêtements à la taille et au cou ; s'il s'agit d'une femme, nous faisons dégrafer le corset. Ces mesures sont indispensables pour assurer la liberté des mouvements respiratoires; d'autre part, elles permettraient d'intervenir plus rapidement au cas où il faudrait pratiquer la respiration artificielle.

Comment maintenant l'anesthésiste ne dépassera-t-il pas les limites de l'anesthésie? Comment évitera-t-il de mettre son malade en danger d'asphyxie? Cela dépend de la méthode qu'il observe pour suivre la marche de l'anesthésie.

Nous avons dit que certains praticiens continuent les inhalations jusqu'au moment où ils voient le malade *virer de couleur.* Il est inutile de revenir sur les dangers de cette pratique.

Il serait tout aussi peu rationnel de se guider sur le temps et sur la quantité de gaz employé; de croire, par exemple, en se basant sur la moyenne des cas, qu'en faisant respirer le gaz pendant une minute et demie l'anesthésie sera obtenue.

Les divers malades n'inhalent pas des quantités égales de gaz dans des temps égaux; le même patient respire lui-même plus ou moins vite et plus ou moins profondément à des moments donnés.

S'il faut une moyenne de 45 litres de gaz à la pression 76, cette quantité peut être tout à fait insuffisante chez l'un et produire chez l'autre l'asphyxie.

D'autre part, le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie varie entre 30 et 200 secondes.

Un écart aussi considérable ne permet pas de se baser sur une moyenne.

D'autres praticiens interrogent à tout moment la sensibilité générale. Ils pincent ou piquent le patient, à la main ou à la tempe, jusqu'à ce qu'ils ne provoquent plus de mouvements de défense. C'est encore une pratique infidèle et mauvaise.

Mauvaise, parce que les malades s'accommodent peu de ces petites douleurs répétées dont le motif leur échappe.

Infidèle, parce que, dans certains cas, le malade ne perçoit plus une piqûre ou un pincement, et qu'il n'est pas encore assez profondément anesthésié pour supporter, sans en avoir conscience, l'extraction d'une dent ou la section des tissus, et que, dans d'autres cas, on s'expose à dépasser la limite d'anesthésie confirmée.

Voici la méthode à laquelle nous nous sommes arrêté, après avoir reconnu l'inefficacité ou le danger de toutes les autres.

Le principe de cette méthode, si simple, nous a été indiqué par M. Jacowski, qui l'avait vu employer en Angleterre. Nous

l'avons complétée et la considérons aujourd'hui comme infaillible.

Elle consiste à faire accomplir au malade, pendant les inhalations et sur un signal convenu, un mouvement de l'avant-bras.

Avant de commencer les inhalations, nous convenons avec le patient que nous allons compter à haute voix: cinq, dix, quinze, vingt, etc., et que chaque fois qu'il entendra le nom d'un chiffre, il lèvera et abaissera l'avant-bras pour nous avertir qu'il est éveillé.

Plaçons ici quelques remarques. Cette pratique occupe la pensée du malade, la détourne de l'idée de l'opération, diminue ses appréhensions, le place par conséquent dans un état de calme relatif favorable à l'anesthésie et fait enfin que la respiration est plus régulière.

Nous avons constaté que dans nombre de cas le malade, n'ayant pas bien saisi le sens de la convention, ne répond pas régulièrement au signal et *bat la mesure*, c'est-à-dire qu'il fait le mouvement de l'avant-bras à des intervalles qui lui paraissent réguliers et avant que l'on ait prononcé le chiffre conventionnel.

Lorsque les choses marchent de cette façon, le bénéfice que l'on espérait tirer de cette manœuvre est souvent perdu. En effet, le malade continue à battre automatiquement la mesure même pendant la période d'anesthésie confirmée.

Il est donc nécessaire de bien spécifier les conventions, et dans ce but, nous faisons toujours répéter l'exercice avant de commencer les inhalations. Nous disons à satiété au malade : il est bien entendu que vous ferez le mouvement seulement lorsque vous entendrez le nom d'un chiffre; votre avant-bras ne doit pas bouger si je ne parle pas. »

En prenant ces précautions, l'on est assuré d'un bon résultat. Il y a là, en somme, à faire une sorte d'éducation du système nerveux. A quels intervalles l'anesthésiste doit-il compter?

L'on peut, montre en main, appeler le nom d'un chiffre toutes les 5 secondes, mais l'habitude est ici le meilleur chronomètre. Si le sujet est robuste et que nous prévoyons que l'anesthésie sera longue à obtenir, nous espaçons nos appels de 8 en 10 secondes. Quand, au contraire, nous avons affaire à un enfant, à une femme, à un patient débilité, chez qui l'anesthésie marche rapi

dement, nous comptons toutes les 3 et même toutes les 2 secondes.

En toute occurrence, nous rapprochons les appels à mesure que l'anesthésie avance.

Ceci dit, entrons dans quelques détails. Au début des inhalations, les mouvements du malade sont énergiques, mesurés, coordonnés ; la main retombe sur le genou avec assurance. Bientôt, à un moment qui répond à la période d'excitation, ces mouvements sont exagérés, violents, à peine avons-nous prononcé le chiffre que la main se lève pour retomber brusquement dans le vide ou sur le bras du fauteuil. Puis le malade ne répond plus qu'imparfaitement à l'appel; on remarque un retard dans la perception. L'avant-bras ne se déplace qu'un certain temps après que le chiffre a été prononcé: il se lève plus lentement et moins haut; il retombe inerte, et cette paresse, cette inertie, s'accentuent jusqu'au moment où l'appel de l'anesthésiste reste sans réponse.

La perception est abolie; la résolution musculaire survient presque simultanément, la sensibilité générale est éteinte; la période d'anesthésie confirmée est imminente. Elle n'est pas encore assez avancée pour que l'on puisse commencer l'opération. Si l'on tentait à ce moment de pratiquer une incision ou l'avulsion d'une dent, le patient se réveillerait en criant.

Cet ennui nous est arrivé à plusieurs reprises dans les premiers temps où nous avons eu recours à ce procédé. C'est qu'en effet, telle qu'elle la méthode est incomplète. La cessation des mouvements volontaires du malade annonce bien le début de la période d'anesthésie confirmée, mais elle n'indique pas le moment précis du *sommeil chirurgical.*

Il faut encore poursuivre les inhalations pendant plusieurs secondes.

Mais quel phénomène va désormais nous servir de guide, quel signe nous indiquera mathématiquement le moment précis auquel il faut cesser les inhalations et commencer l'opération ? Ce signe, c'est le *reflexe palpébral.* Dès que le malade cesse de répondre à notre appel, nous écartons les paupières et nous touchons légèrement la conjonctive; si le clignotement se produit, nous continuons les inhalations. Au contraire, dès que nous pouvons toucher la conjonctive sans provoquer de mouvements de paupières,

nous écartons l'inhalateur. Il est temps de procéder à l'opération.

En résumé, les modifications qui surviennent dans les mouvements de l'avant-bras indiquent nettement la marche de l'anesthésie. La cessation de ces mouvements annonce le début de la période d'anesthésie confirmée, mais il s'écoule encore quelques secondes avant que le *sommeil chirurgical* soit obtenu.

Tant que le réflexe palpébral persiste, il faut continuer les inhalations. Dès qu'il est aboli, il faut écarter l'inhalateur et commencer l'opération.

En suivant cette pratique, l'on est assuré d'intervenir mathématiquement au moment opportun, et l'on n'a pas à craindre les dangers de l'asphyxie.

Jamais on n'observe la *teinte cyanique* des paupières, des lèvres et des ongles.

A peine rencontre-t-on par hasard, chez quelque sujet moins apte à l'anesthésie, une légère décoloration du visage.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE

DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Séance du 27 novembre 1883.

Présidence de M. Potel (président d'âge).

Godon donne lecture d'une lettre du directeur d'un nouveau journal, adressée au président de l'Association et propose d'y envoyer les procès-verbaux.

M. Dubois combat cette proposition.

M. Godon fait valoir l'utilité de ce moyen de publicité et propose à l'assemblée d'en faire l'essai pendant deux mois.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Dubois, Chauvin, Viau et Lowenthal, l'assemblée accepte la proposition de M. Godon.

M. Viau a la parole pour relater quelques observations sur la gingivite suppurée et les ostéo périostites commençantes; au

point de vue de leur traitement, il combat la pratique des cautérisations violentes telles que les produisent les applications d'acide chromique, par exemple, qui ne valent pas leur réputation; il cite une vingtaine de cas chez lesquels il a employé, depuis huit mois environ, un moyen dont il se félicite assez pour engager l'assemblée à l'aider à poursuivre ses essais. Après avoir complètement enlevé le tartre, il pratique, par le moyen de la seringue, des irrigations aussi profondes que possible avec une solution à saturation d'acide borique. Vers le huitième jour, il constate généralement que l'état purulent a bien diminué et, à ce moment seulement, il emploie les révulsifs en faisant une ou deux applications très légères de la solution suivante :

Eau....................	20 grammes	m.
Iodure de potassium......	10 —	
Iode métall..............	5 —	

Au lieu d'un pinceau, il emploie un fil de platine sur lequel il enroule quelques fibres d'ouate, ce qui permet de mieux faire pénétrer ce liquide dans le rebord alvéolaire que ne le ferait le pinceau, puis il continue les lavages et n'applique de nouveau l'iode que cinq ou six jours après et ainsi de suite.

A son avis, ces lavages anti-septiques sont le seul moyen de changer le milieu purulent et constituent plutôt un traitement hygiénique; le mélange d'iode, qui devient une médication révulsive, n'a sa raison d'être que lorsque la pression du doigt sur la gencive ne fait plus ou très peu suinter du pus.

M. Godon demande à M. Viau si les malades qu'il a soignés étaient atteints de gingivite suppurée ou d'ostée périostite proprement dite. Il profite de l'occasion pour indiquer la grande différence qui existe dans l'étiologie de ces deux affections, dans leur développement et leur terminaison. Tandis que l'une, celle consécutive à des gingivites de causes diverses qui, par suite d'absence de traitement, ont transmis l'inflammation et la suppuration au périoste peut se guérir plus ou moins facilement par les traitements employés pour les gingivites, et alors là l'acide borique doit avoir son effet; l'autre, au contraire, l'ostéo-périostite proprement dite, due à des causes générales, est jusqu'à présent incurable; avec un traitement local on n'obtient que des atténuations mais pas de guérisons.

L'ostéo-périostite débute, en général, par une période, pendant laquelle le malade sent sa dent se déplacer sans accuser de mobilité; à ce moment, il apparaît sur la gencive une bande verticale rougeâtre sur toute la hauteur et le parcours de la racine, cette rougeur ne s'étend pas comme dans les gingivites aux autres dents; plus tard, le pus vient sourdre dans une poche qui se forme au collet de la dent et, en même temps que sa dent s'allonge, le malade ressent une douleur sourde.

Le traitement de cette affection est plutôt du ressort de la médecine générale. Cependant il est bon que l'on en connaisse nettement les caractères afin de pouvoir dans tous les cas établir un diagnostic précis.

M. Viau répond à M. Godon que les cas dont il parle provenaient de gingivite plutôt appelées des gingivites suppurées ; il espère avoir obtenu des guérisons dans les vingt premiers cas qu'il a observés, mais dans trois autres il n'est pas certain de n'avoir pas eu affaire à des états diathésiques, il croit cependant que le moyen qu'il a essayé devrait être employé, même pendant la première période de l'ostéo-périostite et que la puissance du jet de la seringue est le seul moyen capable de débarrasser les alvéoles affectés de suintement, condition première et indispensable.

M. Godon insiste encore sur les caractères différentiels des deux affections ; il préconise et conseille des cautérisations très énergiques au fer rouge, seul moyen lui ayant donné le plus de résultats après avoir échoué avec les autres caustiques.

M. Chauvin dit qu'il a obtenu, avec des antiseptiques, plusieurs cas de guérison entre autres une personne âgée de 23 ans qu'il a guérie avec des lavages à l'eau phéniquée et des cautérisations à l'iode, il regrette que la distinction établie par M. Godon n'ait pas été faite à l'une des précédentes séances, et pense exactement comme M. Godon, au point de vue du diagnostic, de l'état du malade et de celui du concours du médecin.

M. Dubois : Je crois qu'on ne saurait trop insister, comme vient de le faire M. Godon, sur la distinction à établir entre la gengivite suppurée et l'ostéo-périostite.

On vient de dire que l'ostéo-périostite est une affection atteignant à la fois l'os et le périoste. C'est vrai. Mais bien des affections lèsent et atteignent ces deux organes, sans être pour cela

des ostéo-périostites. L'ostéo-périostite apparaît bien souvent sur des dents saines, dans des bouches non négligées, sur des gencives n'ayant pas, tout au moins au début, traces d'inflammation grave. Les gingivites et les stomatites graves, peuvent y prédisposer sans la créer d'emblée. L'ostéo-périostite vient à mon avis d'une caducité précoce de la dent, amenant la dégénérescence du périoste.

Cette dégénérescence, est à mes yeux le plus souvent congénitale. Quoique cela, toute perturbation buccale étendue, grave, peut y prédisposer et j'ai vu en 1882 des ostéo-périostites sur des hommes encore jeunes, mais qui, ayant été prisonniers en Allemagne, avaient eu le scorbut. Cette affection avait guéri, pendant longtemps la bouche avait repris son aspect de santé, ses fonctions normales, puis tout d'un coup, une dent se mit à chanceler, puis une voisine, puis presque toutes. Combien d'ostéo-périostites manquent d'antécédents pathologiques, et je ne peux m'empêcher de faire un rapprochement constaté par d'autres, corroboré à mes yeux par des observations personnelles sur les relations des dents avec le système tégumentaire. L'ostéo-périostite, vous la verrez souvent liée à l'alopécie commençante ou avancée. Et si votre malade a eu de ces fièvres graves qui frappent ce système, vous voyez que les dents s'ébranlent de bonne heure. Ce que je dis des grandes fièvres est aussi applicable à l'érysipèle et j'ai plusieurs cas dans ma pratique qui pour moi ont cette origine. Il est évident que l'ostéo-périostite est une altération de nutrition de l'organe dentaire. Et cette altération est souvent spontanée sans avoir l'explication d'un état pathologique actuel comme la goutte; d'états pathologiques antérieurs comme ceux dont je parlais tout à l'heure. Les dents que l'ostéo-périostite ébranle et fait tomber sont dans la plupart des cas de belles dents, et la carie ne les a que peu ou point atteintes, leur ivoire est dense, elles ont bien résisté à la désorganisation chimique, il est vrai, mais cette grande densité explique aussi leur dégénérescence. La pulpe fait de l'ivoire. Il est probable que pour certaines dents cette sécrétion exagérée amène d'abord une vascularité restreinte. De là, à mon avis, l'ostéo-périostite.

Si des recherches ultérieures venaient confirmer cette simple

hypothèse, nous aurions la clef de nos insuccès contre cette affection.

Combattre la septicémie est bien, et des dilutions d'acide borique seront profitables ; mais contre l'ostéo-périostite cela n'est pas assez ; en diminuant, en combattant la suppuration, on retarde la chute, mais je crois que la médication révulsive est encore plus indiquée. L'inflammation passagère qui en est la suite peut réveiller une vitalité amoindrie et l'emploi du chlorure de zinc m'a donné des résultats satisfaisants. Le chlorure de zinc a une action antiseptique et en même temps substitutive, il s'attaque aux produits morbides, les dissout et en même temps réveille la vitalité des tissus sains qui subissent son contact. Pur ou au 10e dans votre cabinet, au 150e dans les mains du malade, il amène presque toujours une amélioration passagère. Donc, sans rejeter l'emploi des produits à base d'acide borique, je crois que la révulsion, les produits iodés et le chlorure de zinc doivent, selon les cas, nous servir contre l'ostéo-périostite.

M. Chauvin combat l'avis de M. Dubois sur les deux sortes de dégénérescences, parce qu'il pense qu'elles n'ont pas de rapports ensemble et il prend bonne note des indications de M. Viau.

Après de nouvelles observations de MM. Dubois et Chauvin, M. Godon dit qu'il faut bien préciser la voie dans laquelle on fera des essais tant dans la pratique personnelle que dans celle de l'Ecole dentaire.

M. Viau dit qu'il regrette de n'avoir pas apporté une première grosse molaire située dans la ligne médiane et promet de l'apporter à la prochaine séance.

M. Bioux présente une grosse molaire inférieure possédant quatre racines.

Sur la proposition de M. Godon, l'ordre du jour de la prochaine séance est ainsi fixé :

Communications sur les dents à pivots par M. Dubois.

La séance est levée à 11 heures.

L. de Lemos,
Secrétaire-adjoint.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME

M. P. Bert. — J'ai reçu de M. Peyraud (de Libourne) une note destinée à faire connaître un procédé d'anesthésie chirurgicale qui semble confirmer les résultats que j'ai déjà obtenus chez le chien. M. Peyraud ne verse sur la compresse placée près des narines qu'une seule goutte de chloroforme, et il renouvelle cette dose à chaque inspiration exactement. Il obtient ainsi l'anesthésie sans que le malade manifeste le moindre signe d'excitation.

L'auteur rapporte, à l'appui de sa pratique, un grand nombre d'observations; j'en citerai quelques-unes.

Chez une femme, à laquelle il s'agissait de rompre une ankylose du genou, l'insensibilité était complète au bout de sept minutes, et pour l'obtenir 6 grammes seulement de chloroforme avaient été absorbés.

Un enfant de quatre ans, coxalgique, fut endormi avec 3 grammes de chloroforme.

Une autre femme, atteinte de cancer du sein, n'avait pu être endormie par les procédés de chloroformisation ordinaire, à cause des troubles cardiaques et respiratoires qui en résultaient. M. Peyraud par son procédé, l'insensibilisa sans provoquer aucune réaction avec 8 à 10 grammes de chloroforme, — 60 grammes administrés suivant le procédé classique n'avaient donné aucun résultat quelques jours auparavant. L'opération et le pansement durèrent une heure et demie, la dépense de chloroforme ne fut que de 25 grammes. L'anesthésie obtenue, il suffit en effet pour l'entretenir, ainsi que je l'ai indiqué, de ne faire respirer le chloroforme qu'à intervalles assez éloignés.

On se rappelle que chez le chien, un mélange de 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air peut être respiré pendant deux heures environ, sans provoquer d'accidents. J'en ai conclu que si l'on voulait appliquer ce procédé d'anesthésie à l'homme, ce serait

probablement un mélange voisin de celui du chien qu'il faudrait employer.

Il résulte du travail de M. Peyraud que ce mélange peut être porté à 12 0[0.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la tolérance de l'homme pour le chloroforme soit un peu plus considérable que celle du chien

REVUE DES JOURNAUX

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE ; EMPLOI D'UN MÉLANGE TITRÉ DE CHLOROFORME ET D'AIR.

(Leçon et observations recueillies par le docteur A. Aubeau, professeur d'anesthésie à l'École dentaire.)

Les expériences du professeur P. Bert sur le dosage des anesthésiques sont passées du domaine du laboratoire dans celui de la clinique.

Les premières anesthésies pratiquées sur l'homme à l'aide d'un mélange exactement titré de chloroforme et d'air ont été faites, par M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne, les 21 et 22 décembre, dans le service et sous la direction de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

Le vendredi 21, deux malades ont été anesthésiés et opérés, en présence du directeur de l'hôpital, des élèves du service, des aides du professeur P. Bert et de plusieurs médecins.

Le samedi 22, quatre sujets ont été soumis à la même méthode anesthésique, au milieu d'une nombreuse assistance.

M. le docteur Dubois, préparateur de M. Bert, a rappelé que, depuis longtemps, on a cherché à doser la quantité d'anesthésique employée. Les uns se sont basés sur le poids du chloroforme administré ; d'autres sur l'intensité plus ou moins grande du courant d'air chargé de vapeurs chloroformiques, intensité réglée par

un système de robinets, etc. Ces tentatives n'ont pas eu de résultat, parce que, d'une part, le poids total du chloroforme employé n'a qu'une importance secondaire et que, d'autre part, les lois de l'écoulement des gaz ne sont pas encore bien établies.

La plupart des appareils inventés à ces occasions ont été abandonnés.

Les expériences faites dans le laboratoire de M. P. Bert ont, au contraire, permis d'obtenir un mélange exactement titré, dont les proportions restent sensiblement constantes pendant toute la durée de l'anesthésie.

Il a été reconnu qu'un mélange de 25 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air tue un chien en dix minutes.

Avec un mélange de 8 à 10 o[o, on maintient les chiens endormis pendant deux heures et la respiration reste toujours régulière.

L'appareil qui permet de faire le mélange titré est le gazomètre du docteur de Saint-Martin, de Ris-Orangis. Il diffère des gazomètres ordinaires par la forme spéciale de sa cuve à eau. Cette cuve se compose de deux cylindres emboîtés et séparés l'un de l'autre par un petit espace annulaire. Le cylindre intérieur est fermé par en haut ; on peut le considérer comme un cylindre plein. L'espace annulaire sert de cuve à eau. Dans l'état de vacuité du gazomètre, la cloche recouvre exactement le cylindre intérieur ; dans ses mouvements d'ascension et de descente, elle glisse dans l'espace annulaire rempli d'eau qui sépare le cylindre extérieur de l'intérieur.

Cette disposition a pour avantage de n'exiger qu'une très faible quantité d'eau ; on en comprendra bien toute l'importance en se rappelant que les anesthésiques sont solubles dans l'eau. De chaque côté de la cuve s'élèvent deux tiges de fer munies de rainures dans lesquelles glissent des galets fixés à la cloche et lui servant de conducteurs ; ces tiges portent à leur extrémité supérieure des poulies sur lesquelles passe une corde attachée par un bout à la cloche et portant à l'autre bout des poids, que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté.

Un manomètre adapté au gazomètre permet d'apprécier la tension du mélange et d'autre part une alidade fixée à la cloche glisse

sur une tige graduée en litres et indique à tout moment la quantité du mélange absorbé par le malade.

L'air et le chloroforme sont amenés sous la cloche par un tube en U, dont l'une des branches est extérieure et munie d'un robinet, tandis que l'autre s'ouvre sous la cloche immédiatement audessus du cylindre intérieur.

Un second tube en U, disposé de la même façon, est destiné à conduire le mélange gazeux de la cloche à l'inhalateur.

Pour introduire le mélange et le titrer, on adapte au robinet extérieur du premier tube en U un laveur plongé dans un bain-marie. On verse dans ce laveur la quantité de chloroforme calculée pour le dosage, on surcharge les poids de la cloche de façon qu'elle soit entraînée dans un mouvement ascensionnel et l'on ouvre le robinet. L'ascension de la cloche produit le vide, l'air extérieur se précipite dans le gazomètre, en traversant le laveur et en barbotant dans le chloroforme, qui se vaporise ainsi rapidement.

Afin que l'anesthésie ne subisse pas d'interruption, deux gazomètres sont réunis par un tuyau transversal muni de robinets. L'on remplit l'une des cloches pendant que le patient inhale le contenu de l'autre.

Le mélange anesthésique à 8 o[o est suffisant. Comme la densité du chloroforme = 1,50, il faut, pour obtenir cette proportion, mélanger 8 centimètres cubes de chloroforme avec 150 litres d'air. Or, la cloche a précisément, dans ce but, une capacité de 150 litres.

Trois cents expériences faites sur les chiens ont donné de très bons résultats Le mélange à 8 o[o n'est pas désagréable à respirer, il n'est pas irritant. Avec lui, l'action locale du chloroforme sur les muqueuses des voies aériennes, si fâcheuse dans les conditions habituelles, est supprimée. Donc, plus de spasmes laryngiens, plus d'hypersécrétion glandulaire et partant plus d'obstruction des voies aériennes par les mucosités, plus de menace de suffocation.

A peine éprouve-t-on, en respirant, une légère sensation de froid dans les bronches. La mort subite par arrêt du cœur n'a jamais été observée ; les animaux soumis à une anesthésie prolongée meurent à la longue par arrêt de la respiration. En un mot, ce n'est pas la syncope cardiaque, mais bien la syncope respiratoire

qui les tue et, dans ces conditions, l'on a encore le temps d'intervenir.

L'expérience démontrera si les résultats sont aussi satisfaisants chez l'homme que chez les animaux.

M. Dubois, au nom de M. P. Bert, remercie ensuite le docteur Péan qui n'hésite jamais à prêter son concours à toute œuvre de progrès scientifique et qui, dans la circonstance, veut bien prendre sous son égide la nouvelle méthode.

A la suite des six anesthésies qui se sont effectuées dans les meilleures conditions, M. Péan répond qu'il y a tout lieu d'espérer que les expériences ultérieures confirmeront les premières et que le dosage exact des anesthésiques sera certainement l'une des gloires de la physiologie française.

Les observations suivantes démontrent les avantages du mélange titré de chloroforme et d'air.

Observation I. — *Arthrite fongueuse du genou. Ignipuncture.* — Homme de vingt ans. — Proportions du mélange : 8 0/0 (8 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air).

Les premières inhalations ne produisent aucune action locale sur les muqueuses. Pas de spasme, pas d'hypersécrétion glandulaire. Ni toux, ni accès de suffocation. Respiration calme et régulière.

La période d'excitation commence *deux minutes* après le début des inhalations ; elle est insignifiante et accusée seulement par de légères secousses toniques dans les membres, des rêvasseries, sans plaintes, une faible dilatation de la pupille et un peu d'accélération du pouls.

Période d'anesthésie confirmée *sept minutes* après le début des inhalations. La pupille se contracte. Le réflexe palpébral n'est pas aboli, bien que l'insensibilité des membres soit complète.

Secousses convulsives réflexes dans le membre supérieur droit chaque fois que le couteau thermo-caustique pénètre dans les tissus.

Résolution musculaire complète dans les intervalles. Pas de mouvements de totalité, pas de plaintes. Le malade reprend connaissance *sept minutes* après la cessation des inhalations. Il a absorbé 305 litres de mélange. Réveil calme, sans excitation de retour, sans céphalalgie. Il n'y a eu ni nausées, ni vomissement.

Pendant toute la durée de l'anesthésie, la respiration a été très régulière : trente-six inspirations à la minute. Absorption de trois quarts de litre de gaz à chaque inspiration.

Pendant la période d'anesthésie confirmée, le pouls n'a cessé de marquer soixante-dix pulsations par minute.

Température rectale : avant l'anesthésie, 37°,4 ; après l'anesthésie, 37°,3.

Obs. II. — *Ablation d'un lipome de la paroi thoracique.* — Femme de soixante-trois ans. — Proportions du mélange : 8 o|o.

Pas d'excitation locale des muqueuses respiratoires.

Période d'excitation nulle.

Anesthésie confirmée au bout de *cinq minutes.*

Contraction de la pupille.

Deux nausées, sans vomissement.

Réveil calme, sans excitation de retour, sept minutes après la cessation des inhalations.

Obs. III. — *Ablation d'un lipo-sarcome de la nuque adhérent à l'aponévrose.* — Homme de trente-trois ans, alcoolique. Proportions du mélange anesthésique : 8 o|o (8 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air.)

Début des inhalations : 9 h. 53 minutes.

Pas d'excitation réflexe des muqueuses nasales, buccale et laryngienne ; ni toux ni spasme glottique, ni hypersécrétion glandulaire, ni accès de suffocation.

Au bout de *cinq minutes*, début de la période d'excitation, légères secousses convulsives cloniques dans les membres. Accès d'hilarité. Le malade a inspiré 150 litres du mélange.

Une minute après le début de la période d'excitation, la pupille commence à se dilater. Légère amélioration du pouls. *Sept minutes* après le début des inhalations, anesthésie confirmée. Ce malade a inhalé 200 litres du mélange.

L'opération est terminée en *onze minutes.* On écarte l'inhalateur. Le malade a absorbé en tout 420 litres du mélange. *Sept minutes* après la cessation des inhalations, réveil calme, pas d'excitation de retour. L'analgésie persiste encore durant dix minutes. Pendant la suture de la plaie et le pansement, le malade reste insensible.

Il n'y a eu ni vomissements, ni nausées ; la pupille est restée dilatée pendant toute la durée de l'anesthésie.

Obs. IV. — *Ablation d'un cancer mélanique de la joue et des ganglions sous-maxillaires.* — Femme de soixante-deux ans. — Proportions du mélange : 8 0/0. Début des inhalations ; 10 heures 15 minutes. Aucune trace d'irritation réflexe des muqueuses nasale, buccale et laryngienne.

Deux minutes après la première inhalation, début de la période d'excitation qui est insignifiante.

Une minute plus tard, c'est-à-dire *trois minutes* après le début des inhalations, anesthésie confirmée. On prolonge l'anesthésie pendant dix minutes.

La malade a absorbé en tout 270 litres du mélange.

Il n'y a eu ni nausées, ni vomissement. Réveil calme, *sept minutes* après la cessation des inhalations. L'analgésie persiste pendant dix minutes, ce qui permet de faire les sutures et le pansement sans que la malade en ait conscience.

Obs. V. — *Nécrose des 2/3 externes de la clavicule droite. Ablation des séquestres et des fongosités.* — Petit garçon de quatre ans et demi. — Proportions du mélange : 7 0/0 (7 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air).

Début des inhalations : 11 heures moins 23 minutes. L'enfant très effrayé crie, s'agite, se débat et cherche à repousser l'inhalateur.

La pupille se dilate dès la troisième inhalation. Malgré l'agitation du petit malade, la respiration est parfaitement régulière ; pas d'irritation des muqueuses, ni toux, ni suffocation.

Cinq minutes après le début des inhalations, anesthésie confirmée. Il a absorbé 60 litres du mélange. La respiration devient bruyante, stertoreuse, mais reste très régulière.

La pupille commence à se contracter *douze minutes* après le début des inhalations.

Trois minutes plus tard, l'opération étant terminée, on écarte l'inhalateur ; la pupille se dilate immédiatement et reprend ses dimensions normales. Le malade a absorbé 300 litres de gaz.

La respiration stertoreuse persiste après la cessation des inhalations, mais elle est moins bruyante.

Réveil calme au bout de *cinq minutes.* Persistance de l'analgé-

sie pendant *huit minutes*. On en profite pour faire le pansement.

Obs. VI. — *Ablation d'un sarcome embryoplastique de l'orbite droit et des fosses nasales.* — Homme de soixante-trois ans, alcoolique. Proportions du mélange : il absorbe d'abord 150 litres à 7 o/o, puis le reste à 8 o/o.

Début des inhalations : onze heures moins trois minutes.

Au bout de *deux minutes*, début de la période d'excitation. Agitation assez marquée. Mouvements de défense. Il agite les bras et les jambes et cherche à arracher l'inhalateur ; néanmoins, respiration très régulière ; ni toux, ni accès de suffocation, ni hyper. sécrétion glandulaire, ni nausées, ni vomissements.

Quatre minutes plus tard, convulsions cloniques généralisées ; on est obligé de maintenir solidement les bras et les jambes ; l'extrémité céphalique se congestionne, les veines de la face deviennent turgescentes.

Cris inarticulés. La respiration reste calme ; néanmoins, pas de stertorts. Dilatation de la pupille.

L'anesthésie confirmée est obtenue *sept minutes* après le début de la période d'excitation ; on continue l'inhalation *à l'air libre* en plaçant le tuyau dépourvu d'inhalateur sous les narines du malade.

Trois minutes plus tard, signes de sensibilité. Le robinet avait été fermé par mégarde ; on l'ouvre, le sommeil anesthésique reprend aussitôt.

On cesse les inhalations au bout de *huit minutes*.

Signes de réveil *deux minutes* plus tard ; le malade crache. L'analgésie persiste pendant *douze minutes* ; on a dépensé en tout 450 litres du mélange, mais tout n'a pas été absorbé.

(*Gaz. Hôp. n°* 1.)

L'HÉMOPHILIE

C'est à une intéressante revue du docteur Thomas D. Dunn que nous empruntons cette note. Dans ce travail, il montre que le sexe est une cause prédisposante de très haute valeur, les femmes étant beaucoup moins sujettes que les hommes à cette affection,

et le danger, chez celles qui en sont atteintes, étant beaucoup moindre. Lange, sur 260 cas, n'avait trouvé que 31 femmes; Grandidier, sur 650, ne rencontre que 48 femmes. Rassemblant les diverses statistiques, Dunn constate que, sur 780 hémophiles, il y avait 717 hommes et 63 femmes. D'un autre côté, sur 212 morts par hémophilie, il y a 197 hommes pour 15 femmes.

Et cependant, les femmes qui appartiennent à des familles hémophiles, alors même qu'elles sont exemptes de l'affection, transmettent très bien à leur descendance cette prédisposition; la transmission se fait même beaucoup plus facilement par les femmes que par les hommes. C'est à tel point, dit Dunn, que, dans une même famille, les garçons hémophiles pourront ne pas donner le germe de cette affection à leurs filles, et celles-ci le feront reparaître en procréant des enfants mâles. D'autre part, telle fille non hémophile pourra d'emblée donner naissance à des garçons atteints de cette dangereuse affection.

Dunn admet trois formes dans la manifestation de l'hémophilie. La première est la forme grave: il y a une tendance aux hémorrhagies graves spontanées, traumatiques ou interstitielles; en même temps, on constate du côté des articulations un gonflement assez prononcé. Sans trop insister sur ce phénomène, il discute les diverses opinions émises à ce sujet.

Cette forme, que l'on ne rencontre que très rarement chez la femme, dure toute la vie, et c'est généralement elle qui devient la cause de la mort.

La forme intermédiaire n'a que peu de tendances aux manifestations articulaires aussi bien qu'aux larges hémorragies traumatiques; mais on la voit s'accompagner de fréquentes pertes de sang par les surfaces muqueuses et d'ecchymoses sous-cutanées. Cette forme disparaît généralement à la puberté.

La dernière forme est celle qui présente le moins de gravité: on ne la trouve que chez les femmes; elle se signale par des ecchymoses et des menstruations précoces et prolongées. (*Americain Journal of the Medical Sciences*, 1883.)

Dr C. D.

L'HEMOPHILIE ET LES OPERATIONS BUCCALES

HÉMORRAGIE A LA SUITE DE L'EXTRACTION D'UNE DENT
CHEZ UN HÉMOPHILE, TRANSFUSION

T..., soldat au 14e de ligne, 22 ans, entre, le 14 mars 1881, à l'Hôtel-Dieu pour une petite plaie de la cuisse gauche. Ce malade, en jouant à la caserne avec ses camarades, avait reçu un coup de pointe de ciseaux à quelques centimètres au-dessus du genou gauche. Il s'était déclaré à la suite une hémorragie que le chirurgien militaire avait eu une peine extrême à arrêter.

T... possède une chétive constitution et paraît très anémié. Il appartient à une famille nécessiteuse et, comme nous l'avons appris plus tard, déjà éprouvée par la perte de plusieurs de ses membres, victimes d'accidents analogues à ceux de notre malade. — Il nous a assuré avoir perdu un frère à la suite de l'extraction d'une dent, sans qu'on ait pu arrêter l'hémorragie consécutive. Un oncle maternel mourut également d'hémorragie à la suite d'une blessure produite par un coup de fourche.

Ignorant ces antécédents, l'interne de service consentit, dans la soirée du 10 mai 1881, à lui extraire une seconde molaire, légèrement cariée. La petite hémorragie ne s'arrêta pas et le malade continua toute la nuit à cracher du sang, dont il remplit une cuvette. C'était un sang de couleur brune, très fluide, qui ne coagulait pas.

Le 11 mai, on introduisit dans l'alvéole un tampon au perchlorure de fer. L'hémorragie cesse pour se montrer de nouveau environ trois quarts d'heure après. On change le tampon plusieurs fois dans la journée sans obtenir de résultat.

Le 12 mai, cautérisation au fer rouge, avec un instrument fait exprès pour pénétrer dans l'alvéole, sans résultat, même momentané. On revient au tamponnement à l'éponge préparée, puis on fixe solidement le maxillaire inférieur sur le reste de la tête au moyen d'un bandage.— Injection sous-cutanée d'ergotine (0,10 centig.).

Les 13 et 14 mai, pas d'hémorragie. Injections d'ergotine.

Le 15 mai, on lève le pansement que le malade ne pouvait supporter plus longtemps. Il s'était développé dans la bouche une suppuration infecte. Aussitôt que le pansement est levé, l'hémorrhagie apparaît avec une nouvelle force, et comme les parties de la gencive qui entourent l'alvéole se sont nécrosées, la surface d'hémorragie est ainsi augmentée. Tampon au perchlorure de fer, morceau de glace en permanence dans la bouche.

A 11 heures du soir, nouvelle hémorragie. Pansement divers sans résultat.

Jusqu'au 19 mai, l'hémorragie continue malgré tous les moyens employés.

Le 20 mai, à huit heures du matin, le malade est très faible, il a peine à soulever le bras, le pouls filiforme ne se sent presque plus, le malade est menacé de syncope à chaque mouvement. Il présente le teint blanc mat des personnes qui succombent à la suite des grandes hémorragies.

Le Dr Jouon, chef du service, juge qu'une transfusion sanguine peut seule sauver le malade, et se décide à tenter sur-le-champ cette opération. Avant de commencer, on renouvelle le tamponnement de l'alvéole.

Puis, au moyen de l'appareil Collin, chauffé jusqu'à la température du corps, après avoir préalablement dénudé la veine céphalique droite dans une petite étendue, il injecte un peu plus de 200 grammes de sang pur en une seule séance. L'opération se passe sans le moindre accident. Environ un quart d'heure après le pouls se relève ; à 11 heures du matin, les pommettes s'étaient légèrement colorées. L'hémorragie ne se reproduit pas aussitôt, mais recommence trois heures après ; nouveaux tampons. On essaie de maintenir les bras relevés. A six heures du soir, nouvelle hémorragie, on refait le pansement. A minuit, l'hémorragie se montre de nouveau pour continuer jusqu'au lendemain matin, malgré tous les moyens d'hémostase qui sont employés.

Le 21 mai, le malade est encore si faible qu'on juge nécessaire de pratiquer une nouvelle transfusion. Après avoir renouvelé le tamponnement de l'alvéole, on recommence l'opération avec les mêmes précautions que la veille, mais après le quatrième coup de piston, le patient éprouve une sorte de syncope, les pupilles se dilatent et les yeux se convulsent en haut, la respiration et le pouls se suspendent. On arrête immédiatement l'opération et on fustige vigoureusement le malade. Au bout de huit minutes environ, il revient à lui en accusant dans la région lombaire une douleur très vive qui persista toute la journée.

On attribua la syncope qui faillit être fatale au malade à la pénétration d'un petit caillot dans le système circulatoire. Ce qui le fit penser, c'est que la saignée n'ayant peut-être pas été assez largement faite, le sang ne put couler assez vite et en assez grande abondance ; il n'est pas impossible qu'il y ait eu dans la cuvette de l'instrument une coagulation partielle d'autant plus rapide, que le sang employé était remarquablement riche en fibrine.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie ne reparut plus. Le 24 mai et le jours suivants, le mieux se maintint, le malade fut soumis à un régime reconstituant, champagne, pale-ale, bouillon, œufs, etc. Dans les premiers jours de juillet, il quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Depuis, nous avons appris que T... avait supporté les grandes manœuvres aussi bien que ses camarades. (*Gaz. méd. de Nantes*), reproduit par le *Paris-médical* du 22 décembre 1883.

Dans le cas ci-dessous l'hémorrhagie vient après un simple nettoyage de bouche. L'observation est empruntée au Dr Tullis.

Un débitant de vins aimant sa marchandise avait été incommodé la nuit par un saignement de gencive. N'aimant pas cette boisson, il se promit de se confier à un dentiste; celui-ci remarqua une congestion excessive de la muqueuse et un abondant dépôt de tartre, quelques dents en étaient couvertes. Le nettoyage était indiqué; il fut commencé mais cela provoqua une hémorrhagie extraordinaire contre laquelle tous les styptiques restaient impuissants. Seul, du cuir imbibé d'acide phénique et maintenu sur la gencive triompha de l'hémorrhagie. M. Tullis attribue cette hémophilie à l'intoxication alcoolique.

Nous n'y contredirons pas.

(*Ohio State Journal*.

ACTION COMBINÉE DU CHLOROFORME, DE LA MORPHINE ET DE L'ATROPINE

M. Franck. — M. Aubert (de Lyon) m'a envoyé une note qui complète la communication de M. Bert sur l'emploi de la morphine et de l'atropine en injections sous-cutanées comme moyen adjuvant du chloroforme pour l'anesthésie.

On se rappelle que M. Bert avait employé avec succès ces injections chez les chiens; M. Aubert rappelle à la Société qu'il les emploie depuis longtemps chez l'homme avant d'administrer le chloroforme.

Ce procédé de chloroformisation mixte est moins dangereux que celui qui consiste à administrer le chloroforme seul. En outre, l'anesthésie est plus rapide, le sommeil plus calme, le réveil plus facile, et les accidents qui suivent généralement le réveil, nausées, vomissements, etc., sont beaucoup moins fréquents.

M. Dastre. — Les avantages que signale M. Aubert sont

précisément ceux que nous avons observés en employant la même méthode chez le chien. Les expériences du chirurgien de Lyon montrent donc une fois de plus qu'il est légitime d'appliquer à l'homme les résultats obtenus chez les animaux.

(La Semaine médicale.)

TRAITEMENT DES FISTULES DU CANAL DE STENON.

Dans la *Revue de la suisse romande*, le Dr Edouard Martin a publié sur ce sujet une excellente étude clinique dont voici les conclusions principales :

1° Au point de vue étiologique, les fistules du canal de Sténon peuvent se répartir presque également en fistules traumatiques et en fistules pathologiques : suite d'abcès, d'inflammation de la région ;

2° Le traitement de ces fistules varie beaucoup suivant les indications, et c'est une grande erreur de choisir un procédé à l'exclusion des autres pour l'appliquer indistinctement à tous les cas. Quand le bout antérieur du canal est perméable, l'occlusion, la cautérisation, aidée, dans quelques cas de la dilatation du canal normal, suffiront pour amener la guérison. Lorsque le bout antérieur est oblitéré, il faut ou déterminer *l'atrophie de la glande* par la compression, ou empêcher l'issue du liquide parotidien de se faire au dehors, procédé qui n'est point sans inconvénient, quoiqu'il ait donné dans quelques cas d'excellents résultats (Louis, Borel, Julliard), ou *pratiquer un canal artificiel*, et c'est ici que la ponction simple ou double, avec les divers procédés qui en découlent, comptent chacune un nombre à peu près égal de partisans.

Nous croyons que la ponction simple avec un gros trocart, suivie du passage d'un drain volumineux laissé quelques jours en place, suffira dans la majorité des cas pour assurer la perméabilité du canal artificiel. Si ce trajet nouvellement formé a de la tendance à s'oblitérer, le passage d'une sonde cannelée, ou mieux la dilatation de ce canal avec une tige de *laminaria*, assureront sa persistance et sa perméabilité. La méthode de Deguise (ponction

double), avec les diverses modifications que lui ont fait subir Béclard, Gosselin, Trélat, Richelot, etc., devra être réservée pour des cas plutôt exceptionnels.

(*Rev. de thérap. méd. chirurg.* n° 21.)

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA RÉIMPLANTATION D'UNE GROSSE MOLAIRE

M. N. Stevenson croit que la réimplantation si souvent faite aujourd'hui n'est pas toujours prudente; on donne souvent comme des succès des cas douteux ou même malheureux. Il se propose d'en rapporter un destiné à fournir un argument contre la méthode défendue dans un mémoire lu dernièrement à la Société odontologique de la Grande-Bretagne.

Il y a cinq ans, la personne qui fait le sujet de cette observation eut un abcès ayant pour cause une altération de la racine palatine de la première grosse molaire, en partie détruite. On fit l'avulsion; les parties malades furent enlevées et remplacées avec de l'or, de telle sorte, qu'à l'extérieur, cette molaire avait l'aspect d'une dent complètement en or; l'extrémité de la racine palatine fut recouverte elle-même d'or et un mince fil et métallique, passant à travers la racine, rattachait ce revêtement à celui de la couronne. La dent fut ensuite replacée. La douleur fut assez vive pendant trois semaines, puis elle disparut. La dent était solidement fixée par ses deux racines externes. La racine palatine ne se fixa jamais; elle resta toujours dans un état d'inflammation subaiguë, de sorte que la dent n'avait aucune utilité pratique, elle constituait simplement une difformité. On fut obligé de l'enlever; son poids était de 6 gr. 45 au lieu de 2 gr. 20. Les deux racines externes étaient assez saines, mais la racine externe est nécrosée et dans un état de résorption telle qu'on peut voir par transparence le fil métallique sur toute sa longueur.

L'auteur croit que l'opération est dangereuse, ou tout au moins hasardeuse; le malade a été très heureux d'échapper à une affection du sinus ou quelque chose de semblable. Il conseille de ne tenter la réimplantation que pour les dents à une seule racine et uand il n'y a pas d'autre traitement possible.

The Brit. med. Journal, 1883, 17 novembre, p. 971.)

La réimplantation est toujours une opération délicate et ne doit se faire que dans les cas où les autres médications ont échoué, où elle se présente avec toutes les chances de succès.

Quand elle est décidée, on doit s'entourer de toutes les précautions nécessaires. Une dent naturelle arrachée, et destinée à la réimplantation, ne peut être considérée comme un morceau d'hippopotame qu'on taille et modèle à son gré. Ce fut une idée malheureuse de vouloir aurifier une dent dans les conditions ci-dessus, et la grande conductibilité du métal à elle seule pouvait amener de mauvais résultats.

Cet échec peut être imputé plutôt au mauvais procédé opératoire qu'au système de la réimplantation qui, pratiquée dans des cas favorables et avec les précautions voulues, assurera le plus souvent la conservation de l'organe.

N. D. L. R.

INVENTIONS, DÉCOUVERTES, ETC., DANS L'ART DENTAIRE

1000 ans av. J.-C. — On dit qu'un médecin grec, Esculape III pratiqua l'extraction.

Dans le temple de Delphes on conserva un lourd instrument qui avait servi pour l'extraction des dents. On l'appelait *odontogogos*, *extracteur de dents* et on croyait, sans preuve cependant, que c'était un forceps. L'extraction et probablement aussi le remplacement des dents perdues ont dû être connus des Egyptiens au moins 2000 ans av. J.-C., car l'extraction des dents antérieures était considérée chez eux comme une désagréable punition; mais il ne reste aucun détail à ce sujet.

460 ans av. J.-C., Hippocrate, célèbre médecin grec, fournit la première observation sur les maladies des dents, etc.

32 ans av. J.-C., Celse, médecin romain, se servit de la pince à racine qui portait le nom grec de *rhizagra*; quoique, d'après cela, cet instrument ne semble pas avoir été inventé par Celse, mais par quelque médecin grec.

60 ans ap. J.-C., Andromachus, médecin romain, inventa

la *theriaque*, pour obturations, mélange qui était supposé posséder de grandes propriétés curatives. Ensuite, la *theriaque* fut considérée comme la grande panacée, et quoique maintenant elle soit réservée presque entièrement à la chirurgie vétérinaire, elle était alors faite avec grande solennité sur la place publique du marché de Venise.

890. — Rhazes et Elen-Sina, médecins arabes, firent usage d'arsenic blanc, mais la mort de la pulpe, malgré ces applications d'arsenic, ne semble pas avoir été connue d'eux. Leur seul but semble avoir été de procurer une carie insensible à la dent et ce résultat était probablement obtenu seulement en présence de pulpites.

1460. — Un médecin italien, Montagnana, fut le premier à faire usage de sulfate de zinc.

1560. — Un médecin allemand, Ryff, inventa le *pelican*. Ryff écrivit aussi un ouvrage de valeur sur la chirurgie, traitant spécialement de la chirurgie dentaire.

1563. — Le célèbre médecin, André Vésale, né à Bruxelles, fut le premier à pratiquer la scarification des gencives qu'il fit sur lui-même dans le but de faciliter l'éruption d'une dent de sagesse.

1569. — Ambroise Paré, célèbre médecin français, discuta et pratiqua le premier la transplantation des dents et fit, en outre, des plaques artificielles en or et en argent.

1602. — On dit que Pet-Forest inventa l'élévateur.

1617. — Fabricius, médecin italien, recommanda de soigner les dents et donna une description des caries.

1622. — Hemard, dentiste français, fabriqua les dents d'ivoire.

1630. — Jean Arculanus, médecin italien, décrivit et fit des aurifications.

1633. — Dupont, dentiste français, recommanda la réimplantation.

1650. — Nathaniel Highmore, célèbre médecin anglais, donna une description de la cavité du maxillaire supérieur qui fut nommée après lui antre d'Highmore.

1674. — Nicolas Pulpius, né en Hollande, recommande les tamponnements après l'extraction.

1678. — Le célèbre naturaliste Lieuwenhock, de Hollande, découvre les canalicules de la dentine.

1690. — Punmann, chirurgien de Breslau, prit des empreintes à la cire.

1720. — Fauchard, dentiste français et auteur éminent, découvre la première méthode rationnelle de redressement.

1735. — Découverte du caoutchouc à Cayenne, par des membres de l'Académie française.

1756. — Première description des modèles en plâtre par Pfaff, mécanicien-dentiste de Frédéric le Grand.

1774. — Dubois, de Chemant, inventa les dents artificielles de porcelaine. Il construisit un dentier complet du haut et du bas étant chacun fait d'une seule pièce. Il appela cette matière « la pâte minérale incorruptible ». L'honneur de cette invention lui fut disputée par un apothicaire nommé Duchâteau, et si sérieusement que l'honneur de la découverte est partagé également entre eux deux. Chemant, cependant, reçut la patente et doit, par conséquent, être considéré comme l'inventeur.

1776. — Prestley découvre le protoxyde d'azote.

1780. — Charles de Lécluse, nommé Closius, médecin français, construisit le levier pour l'extraction des dents.

1795. — Pearson découvre les propriétés anesthésiques de l'éther.

1807. — Humphrey Davy découvre les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote.

1808. — Fonzi, dentiste français, construisit des dents isolées et émaillées destinées à être ensuite montées ensemble sur un dentier complet. Il rendit de grands services dans les perfectionnements qu'il apporta à l'émaillage des dents.

1835. — Spooner introduisit l'arsenic pour la destruction de la pulpe.

1841. — John Tomes construisit ses excellents forceps qui sont maintenant généralement employés.

1844. — Horace Wells introduisit le protoxyde d'azote dans la pratique dentaire. Comme personne ne croyait aux propriétés anesthésiques du gaz, il rencontra beaucoup d'opposants, et comme il ne réussit pas à produire l'anesthésie en présence d'une association médicale, sa prétention fut ridiculisée, et il fut traité de charlatan. En dépit de cela, Wells continua ses expériences sans obtenir

la reconnaissance qu'il méritait. Il se suicida en 1848, pendant qu'il travaillait. Il était atteint d'aliénation mentale.

1845. — Un médecin anglais, Dr Montgomery, d'accord avec le gouvernement colonial anglais à Singapoore, découvrit la gutta-percha.

1846. — Morton introduisit l'éther comme anesthésique dans la pratique dentaire.

1847. — Limpson introduisit le chloroforme.

1848. — Dr Evans, dentiste de Napoléon III, fit le premier dentier en caoutchouc.

1850. — Hill prépara sa gutta-percha, pâte de Hill, pour obturer les dents.

1850. — Delabore recommande l'usage de la gutta-percha pour les palais artificiels.

1853. — Watt introduisit le premier son or en éponge pour obturer les dents.

1869. — Hyatt invente le celluloïd,

Traduit du *Dental Cosmos*, par C. Godon.

Cette chronologie de l'Art dentaire qui embrasse l'histoire de notre profession est très incomplète, contient quelques erreurs, et nous nous proposons d'y revenir afin de la compléter.

NOUVELLES

UNE ÉCOLE DENTAIRE A BRUXELLES

Une Ecole dentaire, à laquelle nous souhaitons le plus grand succès, vient de s'ouvrir à Bruxelles.

Le 13 décembre 1883, le docteur A. Quinet nous adressait à ce sujet la lettre suivante :

« Très honoré confrère,

« J'ai l'honneur de vous faire savoir qu'il vient de se créer à Bruxelles un Institut odontologique, ou Société ayant le même but que l'Ecole dentaire de Paris.

« Seulement nos débuts seront plus modestes. Nous commencerons par des cliniques et consultations gratuites, et, dès que

nos moyens nous le permettront, nous installerons un hôpital dentaire.

« Je suis chargé de l'installation et du journal mensuel spécial de l'Institut.

« Je viens donc, en confrère, vous demander la faveur de pouvoir visiter l'Ecole de Paris.

« Je désirerais aussi pouvoir assister à un cours et surtout à une séance anesthésique pratique.

« Veuillez, je vous prie, me faire savoir si rien ne s'oppose à ce qu'on m'accorde la faveur que je sollicite au nom du nouvel Institut de Bruxelles.

« Veuillez aussi m'indiquer le jour et l'heure des séances anesthésiques, *les plus rapprochées dans ce mois.*

« Dans l'espoir d'un accueil favorable, agréez, honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« Dr A. Quinet. »

Notre réponse ne se fit pas attendre, et, le mercredi suivant, le docteur Quinet venait visiter l'Ecole de la rue Richer et assistait à plusieurs séances d'anesthésie pratique.

Ajoutons que l'impression de notre confrère a été des plus favorables.

Nous applaudissons chaleureusement aux efforts tentés de tous côtés pour le relèvement de l'art dentaire. Mais les tentatives de nos voisins nous intéressent plus immédiatement. Nous espérons que les résultats qu'ils obtiendront seront aussi satisfaisants que les nôtres et que la Belgique parviendra, comme nous, à se débarrasser à la fois et des pontifes et des charlatans.

Nous apprenons avec plaisir que les dentistes russes viennent de s'organiser et de fonder une Société professionnelle. Nous sommes trop convaincus des bienfaits de l'union entre dentistes, pour que nous n'applaudissions pas à cette tentative.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui sera fait dans un pays où la France a toujours rencontré de précieuses sympathies.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE
DE
L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Séance du mardi 22 janvier 1883

Ordre du jour : Communication de M. G. Vian, sur un cas d'anomalie dentaire.

Cemmunications diverses.

N. B. Nous rappelons à nos lecteurs que les séances de l'Association ont lieu à huit heures et demie du soir dans le local de l'Ecole dentaire, 23, rue Richer, et sont publiques.

LES ÉCOLES D'ÉTAT

Nous empruntons au *Progrès Dentaire* une lettre insérée dans un journal suisse, qui donnera une idée des résultats obtenus par l'Ecole Dentaire fondée et entretenue par le canton de Genève.

Monsieur le rédacteur de la *Liberté* (Fribourg).

L'Ecole dentaire de Genève occupe un magnifique bâtiment de la rue de Lausanne. Les salles y sont nombreuses, vastes et bien éclairées. L'installation première paraît avoir été dirigée par quelqu'un de très habile, et avoir été faite sans tenir aucun compte de la dépense.

Les réclames insérées dans les journaux par les directeurs de cette école accusent un personnel enseignant de seize professeurs, assistants, etc.

Les dépenses annuelles de l'Etat, pour soutenir cet établissement, se montent à environ 30,000 francs par an.

Le nombre des élèves en était de quatre au commencement de novembre dernier. Actuellement, il n'y en a guère plus.

Contrairement à ce qui existe dans les autres écoles de ce genre, parmi les seize professeurs de celle de Genève, il n'en est pas un seul capable de donner des cours spéciaux sur la pratique de l'art dentaire, ou de diriger convenablement les élèves dans leurs travaux pratiques. Témoin le nombre d'aurifications exécutées par

ces derniers pendant l'été de 1882, qui, en moyenne, n'a pas dépassé le chiffre de six par élève pendant une période d'un mois, puis aussi le manque complet de cours spéciaux, soit de cours sur la pratique de l'art dentaire proprement dit.

De plus, les pièces de prothèse sont exclusivement fabriquées par trois ou quatre dentistes qui, sous le nom de démonstrateurs, assistants, maîtres mécaniciens, etc., sont engagés et payés pour cela.

Ainsi, sous le rapport de la grandeur du bâtiment qu'elle occupe, de la manière dont l'installation première a été exécutée, des dépenses qu'elle occasionne à l'Etat, du nombre très grand du personnel enseignant, du petit nombre d'élèves qui en suivent les cours, de la faiblesse de l'enseignement pratique ou théorique, en un mot, au point de vue de son inutilité, cette école est sans rivale, et, de toutes, occupe la première place.

Veuillez, monsieur, agréer l'assurance de ma haute considération. X.....

Résumé des opérations faites à l'Hôpital Dentaire de Paris, dans le mois de décembre 1883.

Extraction	264 à 170 personnes ayant demandé feuilles d'or 49.
Aurification	17
Obturation à la gutta percha. . .	21
Aux ciments	44
A l'agalmame.	22
Nettoyages	22
Redressements.	10
Consultations sans traitements . .	110
Malades ayant passé au fauteuil de clinique.	387

UN NOUVEL INSTITUT

(*Un paon muait : un geai prit son plumage*).

Nous avons aussi des confrères qui aiment les plumes de paon ; cela prête parfois à rire, témoin le spirituel article suivant publié dans l'*Union Médicale* du 15 décembre dernier.

« Messieurs les dentistes (je ne les en blâme pas, veuillez bien le remarquer, je constate seulement un fait) font parler beaucoup d'eux depuis quelque temps. Il y a deux ou trois ans, il s'est fondé à Paris une école dentaire libre ayant pour professeurs des praticiens distingués et d'anciens internes des hôpitaux, pour élèves des jeunes gens de bonne volonté désirant apprendre sérieusement leur profession et l'exercer honorablement, et pour but de remplacer ou de suppléer l'enseignement officiel de l'odontologie qui n'existait pas encore et qui n'existe pas davantage à l'heure actuelle.

« Les fondateurs avaient fait appel à tous ceux de leurs confrères qui occupent les premières places dans la pratique de l'art dentaire à Paris, pour faire partie du corps enseignant. Un certain nombre refusèrent, paraissant bouder l'institution. Plus tard, voyant que celle-ci avait du succès, des élèves, la sympathie de plusieurs professeurs de la Faculté qui ne dédaignèrent pas de présider leurs séances d'ouverture, les opposants de la première heure voulurent à leur tour fonder une école, et montèrent, par actions, la *Société odontologique*, qui créa l'*Institut odontotechnique de France.*

« C'est pourquoi mercredi dernier, en arrivant au lieu habituel de leurs séances, les membres de la Société de chirurgie virent avec étonnement la façade du palais de l'Abbaye occupée en grande partie par une sorte d'enseigne dominant le nom des Sociétés savantes qui se réunissent d'ordinaire dans la même salle.

« Un passant non prévenu, nullement au courant de l'affaire, voyant à la hauteur du premier étage ces mots en grandes capitales :

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE
DE FRANCE

et au-dessous, en lettres bien moins grandes, quoique dorées :

Société de chirurgie
Société médicale des hôpitaux
Société de médecine pratique
Société de thérapeutique
Société d'hydrologie, etc.

ne pouvait croire qu'une chose, c'est que, de même qu'il existe un Institut de France, composé de cinq académies, les cinq Sociétés sus-nommées constituaient l'Institut odontotechnique de France.

« Si le passant non prévenu avait pris la peine de pénétrer dans l'édifice et de monter l'escalier monumental qui conduit à la salle des séances desdites Sociétés, son illusion n'eût pas diminué, car il eût vu au premier étage, au-dessus de la porte, l'affiche de la Société odontotechnique, et au second celle de la Société de chirurgie, qui prête son local aux autres Sociétés. Il aurait cru évidemment que toutes ces Sociétés étaient des dépendances de la Société odontotechnique. Il n'eût certes pas changé d'avis, parait-il, s'il eût pénétré dans le sanctuaire ; mais j'ai l'habitude de ne parler que de ce que j'ai vu, aussi ne continuerai-je pas le parallèle.

« C'est égal, à la place de messieurs les membres des Sociétés savantes du second étage, je me sentirais humilié. »

PROCÈS-VERBAUX
DU
CERCLE DES DENTISTES

Assemblée générale du 29 *novembre* 1883

Présidence de M. Dugit.

La séance est ouverte à 9 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. le président ouvre le scrutin pour l'admission de MM. Dufresne,

Duvoisin, Charlier, Heide et Tusseau, puis il donne lecture d'une lettre de démission de M. Quincerot.

M. Claser a la parole pour faire une réclamation au nom de M. Debray, qui se plaint de ne pas recevoir ses convocations aux séances de la Société ainsi que le journal.

M. le secrétaire répond à M. Claser que M. Debray ne doit pas recevoir de convocations puisqu'il habite Saint-Germain; et que seuls les membres de la Société qui habitent Paris sont convoqués régulièrement; il ajoute que si M. Debray a reçu quelquefois une convocation, c'est par erreur.

M. Claser se charge de répondre à M. Debray et M. Dubois sera informé de la réclamation de celui-ci au sujet du journal.

M. Claser communique deux lettres qu'il a reçues : une de M. Viard, l'autre de Mme Dupont, au nom de son fils; ces deux membres donnent leur démission de la Société, sans aucun motif sérieux, après avoir reçu du trésorier une invitation à payer leur cotisation.

M. Claser est invité à faire rentrer la cotisation de ces deux membres, qu'ils doivent entièrement.

M. le président annonce que MM. Dufresne, Duvoisin, Charlier, Heide et Tusseau sont admis à l'unanimité membres actifs du Cercle des dentistes de Paris. Conformément aux précédents qui existent, les nouveaux admis ne paieront leur cotisation qu'à partir du 1er janvier 1884.

M. Claser réclame des cartes pour les membres du Cercle, pour l'année 1884.

Il est décidé que le Cercle fera faire des cartes d'une couleur uniforme. M. Bioux est chargé de faire des recherches pour retrouver la planche qui doit exister encore.

M. le président propose l'ordre du jour suivant pour la prochaine séance : Démissions de M. Quincerot, Dupont et Viard. Radiation de M. Beaumont.

La séance est levée à 10 heures.

Séance du 13 décembre 1883

Présidence de M. Dugit.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. le président annonce que la Société a à statuer sur la démission de MM. Viard, Dupont et Quincerot.

M. Claser demande qu'il ne soit pas statué sur la démission de M. Dupont qui n'est pas en règle vis-à-vis du trésorier de la Société.

M. le président, après l'observation de M. Claser, consulte la réunion pour savoir si elle accepte la démission de M. Viard et Quincerot, celle de M. Dupont étant réservée pour une séance ultérieure et aussitôt qu'il aura acquitté sa cotisation.

La démission de MM. Viard et Quincerot est votée à l'unanimité et sans aucune observation.

Plusieurs membres demandent que la radiation de M. Beaumont soit reportée à l'assemblée générale de décembre.

Le Ce cle, consulté par son président, décide que la radiation de M. Beaumont sera mise à l'ordre du jour de la première assemblée générale.

M. le président demande à l'assemblée si elle ne veut pas, comme les années précédentes, changer la date de l'assemblée générale de décembre e propose la date du 20 décembre.

M. Chauvin appuie la demande de M. le président; MM. Dubois et Claser demandent que la réunion générale ait lieu comme tous les mois, le dernier jeudi.

Le Cercle, consulté, décide que la date de la réunion ne sera pas changée.

M. Claser demande la nomination d'une commission de vérification des comptes de trois membres, il ajoute qu'un membre du bureau de l'année précédente devra en faire partie, la vérification devant s'étendre à l'exercice 1881-1882.

M. le président donne lecture d'une proposition de MM, Dubois et Chauvin dont voici le texte :

« M. le président, nous avons l'honneur de proposer à l'assemblée la « mise à l'ordre du jour, pour la prochaine séance, de la proposition de transformation du Cercle des dentistes et de la fusion des diverses sociétés « professionnelles issues du Cercle des dentistes de Paris. »

Cette proposition soulève une discussion très vive à laquelle prennent part MM. Meng, Chauvin, Claser, Dubois, Lowenthal, Bouvin, Mox, Dugit, etc.

MM. Meng et Claser combattent la proposition : M. Meng voulant entrer dans la discussion demande quels sont les motifs invoqués par les auteurs de la proposition.

M. Dubois répond à M. Meng que lui et son collègue M. Chauvin demandent simplement à l'assemblée de bien vouloir voter la mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion de leur proposition et que, ce jour-là seulement, ils exposeront les raisons qu'ils invoquent en faveur de leur projet de fusion et demanderont la prise en considération.

M. Claser dit qu'il votera contre la mise à l'ordre du jour qui, si elle est votée, sera portée à la connaissance de tous les confrères. A son avis, c'est avouer publiquement l'impuissance et la décadence de notre Société; il ajoute que par ce fait on nuira à son crédit et que beaucoup de membres l'abandonneront si elle est transformée.

M. Dubois répondant à M. Claser, demande aux partisans et aux adversaires de voter la mise à l'ordre; quand viendra le jour de la discussion, ils pourront faire valoir leurs raisons respectives.

Sur la demande de plusieurs membres, M. le président met aux voix et la mise à l'ordre du jour est votée.

La séance est levée à 10 heures 1/4.

Le secrétaire,
J. Bioux.

CORRESPONDANCE

Nous insérons avec plaisir la lettre suivante; son auteur précise, sans le vouloir, nos affirmations. Qu'avions-nous dit? Que M. Saussine passait volontairement sous silence le nom de celui qui employa le premier en France la presse hydraulique, quoiqu'il l'ignorât moins que personne.

Dans son article il parlait des fabricants de chapeaux, dans sa lettre de Pascal et de Brahma. Cette érudition est superflue et en dehors de la question.

L'emploi de la presse hydraulique par les dentistes nous importe surtout.

Oui ou non M. Poinsot fut-il le premier à employer en France la presse hydraulique pour estamper les plaques des dentiers; oui on non M. Saussine eut-il recours à l'obligeance et aux conseils de notre confrère?

L'aveu est dans la lettre, nous le constatons.

L'incident est vidé.

Paris, 27 décembre 1883.

Monsieur le rédacteur en chef de l'*Odontologie*,

Dans le numéro de décembre 1883 du journal l'*Odontologie*, a paru un article intitulé : « A propos de la presse hydraulique. »

Il est regrettable que son auteur, anonyme, ne se soit pas mieux renseigné, il eût appris que Monsieur Poinsot n'a pas modifié la presse hydraulique.

Elle fut inventée par Pascal vers 1684 et modifiée par Brahma en 1794 qui en y introduisant les cuirs emboutis la rendit pratique, c'est toujours la même que nous employons.

M. Poinsot, ainsi que je l'ai naguère déclaré (voir les comptes rendus des séances de la Société syndicale odontologique des 5 décembre 1882 et 3 avril 1883), a eu l'obligeance de me prêter sa presse, non pour l'étudier, mais pour faire mes essais d'estampage à l'aide du métal de Darcet, mais c'est tout. La presse que j'ai fait construire, quoique plus petite et plus forte, est exactement du même système

Quant à la priorité, M. Telschow est, je crois, le premier qui ait employé la pression hydraulique pour notre profession.

Je n'ai, je le répète, qu'ajouté à l'emploi du spence, dont se sert M. Telschow, une contre-partie en métal de Darcet ou de Wood, ce qui fait que l'on peut se servir de n'importe quelle presse hydraulique ou autre, pourvu qu'elle soit assez forte sous un petit volume.

En vous priant et vous requiérant au besoin d'insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro,

Je vous présente, monsieur le rédacteur, mes saluts empressés.

L. Saussine.

L'Administrateur-Gérant : Paul DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, imp. breveté, 61, rue de Lafayette.

VOL. 4. **Paris, 1er Février 1884.** N° 2.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR FÉVRIER 1884

HISTOIRE DE LA DENT A PIVOT

Conférence faite par M. Dubois a l'Association scientifique

(*Séance du* 18 *décembre* 1883)

La dent à pivot procède d'une idée simple et, dès le jour où on fit des dents artificielles, on dut être séduit par l'idée de les faire supporter sur les racines restantes; d'autant plus que la racine avec sa perforation centrale semble permettre facilement l'adaptation d'une tige les soutenant.

Cette idée simple, nos clients eux-mêmes nous la suggèrent, et bien souvent dans des cas où son application est impossible.

Un de nos excellents confrères m'affirmait, il y a peu de temps, avoir vu une dent à pivot placée dans une alvéole, où une dent avait été extraite. Ce n'est pas dans ces cas-là, que je vous recom-

manderai l'application du système, ou plutôt des systèmes, car ceux qui ont été imaginés sont vraiment innombrables.

On s'est servi tour à tour de pivots de bois (soit seul, soit soutenu d'or), le platine, l'or, les métaux spéciaux ont été employés. On a fait le pivot unique, double, divisé, plein ou creux. On lui a donné la forme conique, cylindrique, carrée, à six, à huit pans, pyramidale. On l'a fait lisse, à rainures, à crans, à vis.

On l'a placé tantôt à même dans la racine, ou avec un tube fixé préalablement. Ce tube on l'a fixé avec tous les matériaux d'obturation, l'or, l'amalgame, les ciments, la gutta-percha.

Les dents naturelles d'os ou d'hippopotame, plates, à tubes, dents spéciales ont été successivement employées. Eh bien, si pendant cent cinquante ans ce système a suscité tant de variétés; si il a exercé l'ingéniosité de tant d'inventeurs, c'est qu'il repose sur une idée pratique. Et en fait, dans tous les temps, il a donné des succès dans les mains de ceux qui l'appliquèrent avec opportunité, avec toute la perfection nécessaire. La dent à pivot peut être la pire des dents artificielles, ou la meilleure.

Le mot dent à pivot a été trouvé peu approprié par beaucoup, et nos devanciers du siècle dernier se servaient du mot *tenon*; ce n'est que plus tard que le mot *pivot* a été généralement employé, il ne paraît pas répondre exactement à la chose qu'il explique : pivot veut bien dire support, mais support d'un corps mobile et oscillant. C'est pour cela que nos confrères américains ont créé récemment une appellation nouvelle, *couronnes artificielles*. Les langues ne sont pas toujours logiques, et je ne vous parle qu'en passant de cette petite querelle de mots. A mes yeux les choses sont plus importantes.

Dans la petite revue historique que je vais faire devant vous, vous allez voir la part considérable des auteurs français.

Jusqu'en 1830, c'est dans notre langue que les ouvrages classiques sont publiés, c'est chez les nôtres qu'on vient apprendre les procédés les plus perfectionnés de la pratique du temps.

Le premier en date, pour la description de la dent à pivot, est Fauchard qui, au début du XVIIIe siècle, il y a cent soixante ans, en 1723, publiait son excellent livre, qu'on peut encore lire avec profit.

Le Dr Thomas nous a déjà parlé de son savoir, de son rôle à cette

époque. Ce dentiste qui n'avait pu se faire recevoir chirurgien fut souvent consulté par les sommités scientifiques de son temps. Il pratiquait la transplantation. Vous allez voir comment il faisait les dents à pivot.

Avec quoi devait-on la faire? avec des dents naturelles, mais le plus souvent avec des os de bœuf. Fauchard nous enseigne la manière de blanchir ces os des jambes de bœufs. La description est curieuse pour plus d'un dentiste de la fin du XIXe siècle et si vous le permettez, je vais vous la citer :

« Aussitôt que cet animal est tué, ou peu de temps après, on dé« charne les plus gros os des jambes, on les coupe par rouelles « dans la partie la plus dure, c'est-à-dire depuis une des apo« physes, on ôte ensuite la moelle de ces os, et on les met sur le « feu dans de l'eau de rivière.

« Quand cette eau commence à bouillir on y jette de la chaux « vive et on en continue l'ébullition pendant un quart d'heure, « afin de dégraisser entièrement ces os; on retire le tout pour le « laisser refroidir; on ôte les os de cette eau; on les lave dans une « autre eau, et on les fait sécher à l'ombre; quand ils sont secs, « on les fait tremper la nuit et sécher le jour; ce que l'on réitère « pendant douze ou quinze jours.

« Si c'est dans le printemps ou dans l'automne qu'on fait cette « préparation, on met les rouelles de ces os sur une serviette « mouillée qu'on pose sur l'herbe pendant la nuit, pour les expo« ser à la rosée. On peut encore, et même pour le mieux, laisser « ces os exposés au soleil, mais il faut les couvrir d'une autre ser« viette mouillée pour empêcher que la trop grande chaleur ne les « fende. »

A cette époque le crochet, l'anneau métallique comme moyens de fixation des dents artificielles étaient inconnus, et des trous percés dans la pièce laissaient passage à un fil qui s'attachait sur les dents restantes. Vous comprenez combien la dent à pivot était supérieure à ce procédé, aussi, pendant longtemps, elle fut le moyen par excellence de soutenir des dents artificielles.

Voici le procédé de Fauchard :

« Lorsque la carie a pénétré jusqu'à la cavité de la racine sur « laquelle on veut mettre un tenon, une dent naturelle ou artifi« cielle, le canal de cette racine étant encore assez long, tout ce

« qui se trouve de carié ayant été ôté, on élargit ce canal avec une « équarissoire. . . . .

. . . .

« On ajuste, à la dent pour la mettre en place, un petit tenon « d'or ou d'argent, de la longueur de la racine du canal de la « dent humaine qu'on y veut mettre; comme le canal du corps de « la dent se trouve toujours trop peu étendu, on doit augmen- « ter celui-ci avec le foret pour mieux engager le tenon par un « de ses bouts dans la dent humaine postiche; ce tenon doit être « bien ajusté et un peu dentelé autour, afin qu'il s'en trouve plus « affermi après avoir été introduit et mastiqué. Avant que de « mettre ce tenon dans la cavité de la dent, elle doit être remplie de « mastic en poudre, ensuite on introduit ce tenon dans cette « cavité avec une petite pincette d'horloger. . . . .

. . . .

« L'autre extrémité du tenon, qui doit être aussi dentelée, s'in- « troduira dans le canal de la racine. Pour cela, le dentiste doit « tenir la dent à tenon avec les pincettes droites et en tournant la « dent de droite à gauche, et de gauche à droite, en la poussant « de force, jusqu'à ce que le tenon y soit entièrement introduit, « que le talon de la dent porte en plein sur la racine, et que cette « dent soit si bien affermie qu'elle ne fasse, pour ainsi dire, qu'un « même corps avec la racine. »

Parfois le fil d'or ligaturé autour de la dent s'ajoutait au pivot.

Ce procédé sommaire donnait d'après lui de brillants résultats, car il dit plus loin : « Les dents et les pièces artificielles qui sont « attachées avec tenon et fil d'or tiennent mieux que toutes les « autres, elles durent quelquefois quinze à vingt ans et même da- « vantage sans se déplacer. »

Non seulement le tenon servait à maintenir des dents isolées, mais encore toute une série composée de six dents contiguës et il nous donne la description et la figure de l'appareil. Les six dents antérieures manquant, les racines des petites incisives existant encore, deux tenons fixés sur elles maintiennent le tout. Fauchard resta pendant longtemps le classique par excellence; son livre fut traduit en allemand et eut en quelques années trois éditions successives.

Il nous faut arriver à Bourdet pour constater un progrès dans la manière de faire les dents à pivot (1757).

Il dit : « Si on fait les dents artificielles de différentes matières, « on les pose aussi de plusieurs façons; les unes s'entent sur une « racine avec un tenon; et quand il n'en faut qu'une on doit em- « ployer ou une dent humaine, ou une dent de bœuf, ou une dent « factice de cheval marin, mais jamais d'ivoire. »

Il dit aussi : « Que plusieurs dents peuvent tenir par le moyen « de un ou plusieurs tenons. Il affirme avoir mis des dents à tenon « sur des incisives du maxillaire inférieur... dents ayant tenu « plusieurs années. »

Mais ce qui est remarquable chez cet auteur, c'est qu'il pratiquait l'aurification des racines ayant le canal élargi. Non pas l'aurification comme nous la pratiquons tous les jours, mais pourtant l'or était employé par lui, ainsi que vous l'allez voir :

« Quand le canal de la racine où doit entrer le pivot se trouve « trop large, il faut le boucher entièrement avec des feuilles d'or, « comme je vais bientôt l'expliquer, et cela, avant que de percer « la dent.

« Celle-ci étant percée, on y fait entrer de force, avec la pince, « un tenon d'or qu'on fait sortir de l'autre côté pour le river; on « proportionne la longueur de ce tenon au canal qu'il doit rem- « plir, ensuite on le garnit de filasse ou de fil à broder, on le bat « en plusieurs endroits avec le tranchant du marteau pour y faire « des inégalités qui empêchent la garniture de monter vers le talon « quand on monte la dent, et enfin on l'introduit dans la racine. « Lorsqu'il y est bien stable et bien ferme, on achève de monter la « dent avec une pince.

« Elle est par ce moyen très solide, dure en cet état nombre « d'années, et fait toutes les mêmes fonctions que les autres. »

Des fois il plombait ces racines pour faire ensuite dans le plombage une perforation donnant passage au tenon.

Des tenons taraudés dans la racine étaient aussi employés par lui. Le XVIIIe siècle finissait dans un orage et la technologie de la prothèse ne faisait pas de grands progrès. Jourdain parla exclusivement des maladies de la bouche, laissant de côté la prothèse dentaire et il nous faut arriver à 1809, à Maggiolo.

Celui-ci était un prothétiste des plus remarquables, et de beau-

coup en avance sur la manière de faire de son temps. Il paraît être des premiers qui, avec Fronzi, utilisa la cire comme matière d'empreinte. Fauchard, Bourdet, et les dentistes du XVIIIe siècle ignoraient ce procédé. Le compas, un carton découpé d'après la forme des gencives, servaient d'indication pour préparer les morceau d'os, de dent d'hippopotame, les dents naturelles.

Un perfectionnement considérable dans la pose des dents à pivot lui est dû. Le tube mis préalablement dans la racine il dit : *En garnissant l'orifice du trou de la racine avec un petit morceau de charnière en or de la hauteur de deux lignes, et dont la cavité est exactement proportionnée à la grosseur du pivot qui doit la remplir, le pivot ne frottant que sur l'intérieur de la charnière, le trou de la racine ne s'agrandit jamais et ce morceau de charnière étant solidement fixé par un pas de vis à l'extérieur de la charnière, bien établi dans le trou de la racine, cette dernière se conserve longtemps en bon état, et la dent artificielle n'est plus sujette à se déranger.*

Il imagine et construit aussi des pivots carrés divisés longitudinalement et faisant ressort à la manière des cliquets fermant les bracelets. Pour cela il place tout d'abord un tube carré ayant une échancrure devant recevoir le cliquet. En ce temps, la thérapeutique de la carie du 4e degré n'était guère avancée et ce système ingénieux avait pour but de pouvoir retirer la dent à pivot dans les cas fréquents où les racines mal soignées, mal guéries, devenaient la cause d'une suppuration fâcheuse.

Maggiolo fut aussi des premiers à souder des crochets métalliques à des plaques. Jusque-là le fil textile ou métallique ligature étaient les seuls moyens de fixation des dents artificielles.

Enfin pour la première fois Delabarre père, en 1820, recommande l'usage du pivot cylindrique. Il parle aussi du pivot creux dans les termes suivants :

TENONS FORÉS. — *J'ai dit dans un autre lieu que de temps en temps le chirurgien rencontre des racines, par le centre desquelles il s'écoule habituellement un peu de sanie qui vient de l'alvéole et qu'il serait dangereux d'y retenir; en conséquence, il faut que le coaptateur soit foré centralement afin de laisser une issue à l'écoulement; mais au lieu de percer une tige au foret ce qui deanderait beaucoup de temps, il vaut mieux faire un bout de fort*

tube dans la filière ou en souder la jonction, et on le visse à la dent qu'on veut rapporter, de manière à ce qu'il forme un tenon.

Bien des dentistes actuels sourient quand leurs clients manifestent des craintes avant l'obturation en redoutant de se voir couler du plomb fondu dans leurs dents creuses. Eh bien, cette erreur populaire a une raison d'être. Les dentistes du commencement du siècle furent heureux de pouvoir obturer des dents avec autre chose que les matières résineuses conseillées par Fauchard, et de pouvoir se servir, pour cet usage, du métal Darcet. Quand M. Regnard montra qu'on pouvait encore en abaisser le degré de fusion en y ajoutant de 1/40e à 1/10e de mercure, cela fut considéré comme un grand progrès et Delabarre conseille de plomber ainsi les dents au canal élargi pour y pratiquer ensuite une perforation.

Puis le système des dents à pivot ne fit pas de progrès sensibles jusqu'à ces dernières années.

Tout ce qui a été fait depuis était en germe dans l'œuvre des vieux auteurs français. La racine obturée, le tube mis au préalable, les pivots divisés, les pivots creux, ne sont-ce pas là les dernières inventions qui nous aient été proposées, par nos confrères américains ? Pourtant je dois ajouter, qu'ils l'ont fait sur de nouvelles bases, et avec les puissants moyens que les progrès connexes rendaient possibles.

Après vous avoir montré la dent à pivot dans le passé, j'ai à vous la montrer dans l'époque actuelle.

Et pour cette seconde partie de ma tâche je demanderai à l'excellent travail de M. Dexter (*Artificial Crowns*) ses enseignements et sa nomenclature.

(*Suite et fin au prochain numéro.*)

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE

Claude Aubry, né à Moraches (Nièvre) le 12 juillet 1828, se présente à la consultation de l'École dentaire de Paris le 26 décembre 1883. Cet homme de cinquante-cinq ans est maigre, sec, a le teint hâlé comme les gens de la campagne.

C'est un gardien de nuit qui a toujours joui d'une excellente santé. Ses antécédents de famille sont nuls, et à part une fluxion de poitrine, à vingt ans, il n'a jamais été malade. Pas la moindre trace de rhumatisme, de diabète, etc., etc.....

Interrogé sur ce qui l'amène ici, il nous raconte qu'il y a environ un an, il éprouva de petites douleurs à la langue, et plus spécialement sur la partie antérieure de cet organe.

Il constata au début deux ou trois petites ulcérations qui le gênaient un peu pour manger et pour parler. Quelques jours après leur apparition ces ulcérations disparaissaient. Mais il en souffrait à nouveau une quinzaine plus tard.

Il vécut ainsi pendant un certain temps, avec des alternatives de bien et de mal. Il ne s'en soucia pas jusqu'au jour où cependant souffrant horriblement, il alla consulter le médecin.

Ce dernier cautérisa les petites plaques avec le crayon nitrate d'argent. Le bien qui en résulta fut insignifiant, car le malade vint à Paris pour avoir une consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Il fut examiné par le chef de service qui lui conseilla d'aller rue Richer pour être traité à l'École dentaire.

Ce malade est soumis à notre examen, et à première vue nous songeons à la syphilis. Cet homme est difficile à interroger, il est rusé, méfiant, a peur d'être entraîné à des frais, en un mot un vrai campagnard. Cependant, après toutes les questions possibles, il nous faut complètement abandonner l'idée de syphilis.

La bouche est en mauvais état.

A la mâchoire supérieure il ne reste plus que des racines branlantes.

A la mâchoire inférieure les molaires, sauf la deuxième du côté gauche, sont toutes extraites.

Seules les dents du devant et du bas subsistent. Elles sont usées et entourées d'une couche très épaisse de tartre. Nous appelons tout particulièrement l'attention sur ce tartre incrusté tout autour des dents et les cachant presque complètement surtout à l'intérieur de l'arcade.

La langue est sale, jaunâtre, chargée.

Or, sur ce fond jaune on constate autour de la pointe de la langue une série, je dirais même un feston d'ulcérations.

Au centre de chaque ulcération, on trouve un point gris; tout

autour un liséré jaunâtre, lequel est entouré d'une zone d'un rouge très vif.

Sur la surface de la langue, on trouve deux ou trois ulcérations semblables.

Il n'y a pas d'induration périphérique.

Du reste, en examinant avec soin la bouche de ce malade, nous trouvons de petites plaques plus jeunes, si je peux m'exprimer ainsi, qui expliquent l'apparition et la disparition des ulcérations. En effet, à la lèvre inférieure d'une part et à la lèvre supérieure de l'autre, nous trouvons deux taches jaunes, sans la moindre dépression, sans le moindre gonflement, c'est-à-dire absolument lisses, qui ne sont pas entourées de zone inflammatoire et qui ne font pas souffrir le malade.

Ces deux taches que nous avons revues quatre jours après s'étaient complètement transformées en ulcérations.

A côté de ces symptômes objectifs, nous devons ajouter que notre malade ne parle plus que très difficilement. Toute alimentation est devenue presque impossible. Car le pain, la viande, en un mot tout ce qu'il faut mâcher lui cause une douleur intolérable.

Le vin provoque une cuisson très grande. Bref, il ne peut plus manger et, du reste, quoique déjà maigre, il a encore maigri depuis un an. Il est un peu fiévreux et est très constipé.

La première indication étant de faire disparaître la cause d'irritation locale, nous confions ce malade à un élève de l'École, pour qu'il retire tout le tartre de la bouche. Nous devons dire à l'éloge de l'opérateur que ce nettoyage fut parfaitement fait, et qu'il n'y eut pas la moindre trace d'hémorragie gingivale.

De plus, nous prescrivons une purgation et nous ordonnons au malade, de se gargariser la bouche toutes les heures avec du chlorate de potasse.

Enfin, nous recommandons à cet homme de ne manger que des aliments hachés, de s'abstenir de toutes boissons irritantes, de ne pas fumer, etc., etc. Nous lui demandons de revenir quatre jours après.

Quand nous le revoyons, notre malade est beaucoup mieux, il ne souffre plus, les ulcérations de la pointe de la langue n'existent plus. Seulement les deux taches jaunes que nous avions constatées à notre premier examen sur les lèvres n'ont plus le

même aspect, à leur place on trouve des ulcérations semblables à celles qui existaient précédemment sur la langue.

Il commence à pouvoir manger, le sommeil qui l'avait fui lui revient, il peut boire un peu de vin.

Nous cautérisons avec le nitrate d'argent les deux nouvelles ulcérations. Nous purgeons à nouveau le malade et nous continuons le chlorate de potasse.

Huit jours après nous avons occasion de revoir le malade, il est presque guéri, il lui reste un peu de rougeur sous la langue.

Il est très évident que le tartre joue le principal rôle dans cette affection. Il est cause d'irritation locale, et on sait combien lorsqu'un organe est irrité, il peut s'enflammer facilement. Ici c'est d'abord la pointe de la langue qui devient malade, parce qu'elle est directement en rapport avec le tartre, puis l'inflammation se propage, et c'est ainsi que nous trouvons deux ou trois plaques sur le milieu de la langue ; plus tard on en trouve sur les lèvres.

Le côté intéressant de l'observation de cet homme est d'une part l'acuité de la douleur, le nombre des ulcérations, etc., et de l'autre, l'efficacité et la simplicité du traitement.

Dr Hry Didsbury.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE

DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Séance du mardi 18 décembre 1883

LA SÉANCE EST OUVERTE A 9 HEURES

Présidence de M. Poinsot, vice-président. — 16 membres présents et 12 auditeurs libres

La lecture du présent procès-verbal est remise à la prochaine séance

Voir ci-dessus la reproduction *in extenso* de la conférence de M. P. Dubois sur l'histoire de la dent à pivot.

L'assemblée applaudit M. Dubois et passe en revue les divers types de dents à pivots qu'il a apportés.

— M. Viau devait présenter un cas d'anomalie dentaire; mais, n'étant pas en mesure, il promet de le faire à une prochaine séance.

— M. Godon demande à l'assemblée, d'accepter la proposition que lui a faite M. Aguilhon de Sarran, de faire une communication à la prochaine séance, et propose son admission comme membre de l'Association, et, conformément au règlement, MM. Poinsot et Godon se présentent comme parrains de M. Aguilhon de Sarran.

— L'assemblée adopte la proposition de M. Godon.

— M. Poinsot demande que les convocations soient envoyées le plus tôt possible.

— M. Chauvin avait des observations à présenter sur le plombage blanc, mais, vu l'heure avancée, il en demande la mise au prochain ordre du jour.

—M. Godon communique un cas qu'il a observé sur une malade se plaignant de douleurs dans les gencives au niveau d'une grosse molaire chancelante et intacte, autour de laquelle il remarqua de la suppuration qui se propageait aux racines contiguës d'une dent découronnée; croyant la pulpe morte, il voulut s'en assurer et perfora la cavité pulpaire et, contrairement à ses prévisions, il la trouva vivante. Voyant que la suppuration gagnait la dent voisine, il proposa l'extraction. Il découvrit alors entre les racines une tumeur du périoste; or, le plus généralement, les tumeurs du périoste sont consécutives à des caries dentaires.

Dans sa brochure sur les tumeurs du périoste, le Dr Magitot attribue exclusivement ces sortes de tumeurs à une affection spéciale du périoste, ou, du moins, ne fait pas de différence entre celles qui sont consécutives à la carie dentaire, et celles qui se produisent sur des dents non cariées, comme dans le cas présent.

— M. Poinsot explique que ces tumeurs peuvent être dues à un traumatisme ou à une cause diathésique; il en a remarqué plusieurs absorbant l'organe, principalement chez des personnes scrofuleuses.

— M. Viau dit qu'elles peuvent aussi être dues à la compression des dents les unes contre les autres, surtout au moment de l'éruption des dents de sagesse, il a remarqué des tumeurs osseuses dues à la compression.

—M. Poinsot dit qu'on peut confondre le cas de M. Godon avec l'ostéo-périostite, il a vu une dame souffrant beaucoup d'une dent

pas cariée, qu'il ne put soulager qu'en traitant avec le gelsenium à haute dose, ce qui permit à cette dame de conserver sa dent encore quatre années ; il a pensé que c'était une ostéo-périostite héréditaire, un oncle de cette dame ayant perdu presque toutes ses dents à la suite de cette affection ; il explique aussi que ces sortes de dents vivent moins; la nutrition se faisant imparfaitement, la couronne s'anémie et se crevasse, qu'elles acquièrent tous les symptômes d'ostéo-périostite et possèdent une irritabilité extrême.

— M. Chauvin demande si l'affection était produite avec décollement du périoste.

— M. Godon répond que c'était une membrane d'un tissu très épais, semblable aux épulis et pense qu'on devrait étudier ces tumeurs au microscope.

— M. Viau demande si la couleur de la dent était altérée.

— M. Godon répond négativement, et, sur une remarque de M. Poinsot, dit qu'il n'a pas assez remarqué le résultat de la percussion.

— M. Poinsot dit que comme traitement, M. Martin, de Lyon, propose de faire la trépanation du diamètre d'un crayon pour éviter l'extraction et la réimplantation, mais que ce traitement étant très douloureux, il conseille l'anesthésie.

— M. Chauvin approuve la réimplantation.

— M. Godon en conteste le succès dans les cas de ce genre, à cause de l'état purulent du périoste.

— M. Poinsot cite un cas observé par Bourdet (1757). Une dent malade arrachée à une jeune fille et remplacée par une autre sèche et pas malade, il explique qu'il faut toujours agir sur un tissu sain.

— M. Ronnet dit, que d'après Pietkiewicz, ce travail se produit mécaniquement.

— M. Chauvin a la parole pour développer le projet de fusion des diverses sociétés émanant du Cercle des dentistes et de l'Ecole Dentaire en une seule sous une dénomination générale et dont l'administration serait unique, il demande qu'on prenne sa proposition en considération et que l'on nomme une commission pour l'étudier.

M. Godon fait ressortir les inconvénients de la multiplication de ces sociétés et fait valoir les grands avantages que pourraient récolter toutes ces sociétés réunies.

— MM. Ronnet, Viau et Chauvin présentent diverses observations à ce sujet.

— M. Dubois fait remarquer que la discussion est prématurée et qu'il serait préférable de nommer une commission de trois membres qui devra se mettre en rapport avec celles nommées par les autres sociétés.

— MM. Ronnet, Lemerle et Viau sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE : Mardi 19 février.

1° Communication du Dr Aguilhon de Sarran sur la présence des vaisseaux sanguins à l'extrémité des racines dentaires;

2° De l'anesthésie prolongée avec le protoxyde d'azote sans pression, par le Dr Aubeau;

3° Résorption des racines des dents permanentes, par M. Godon.

Nomination du bureau pour l'année 1884.

Le secrétaire-adjoint,

L. DE LEMOS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour paraître en mars 1884

AIDE-MÉMOIRE

DU CHIRURGIEN-DENTISTE

ET ANNUAIRE POUR 1884

Publié sous le patronage de l'École Dentaire de Paris

Avec la collaboration de

MM. PAUL DUBOIS, Drs THOMAS ET AUBEAU

Afin de donner à nos lecteurs une idée du plan de l'ouvrage, nous en extrayons la préface ainsi que deux mots du petit dictionnaire de pathologie et de thérapeutique, qui compose la première partie.

PRÉFACE

Un aide-mémoire concis, et malgré tout complet, capable de présenter au praticien, un résumé des connaissances, qu'il doit appliquer chaque jour, n'existait pas jusqu'ici en France.

Nous essayons d'en donner un.

Exposer les indications d'une pratique rationnelle. Faire une revue des travaux, des découvertes, des événements de l'année pour tout ce qui touche la pratique ou les intérêts professionnels, tel est notre double but.

Nous avons pensé qu'un travail annuellement revisé, serait la meilleure forme à donner à un livre de ce genre.

Nous espérons que ce modeste aide-mémoire deviendra un utile conseiller dans les cas complexes et graves que le chirurgien-dentiste n'est pas appelé à traiter, mais qu'il doit pouvoir reconnaître et signaler.

Pour atteindre ce but, il est bon que certaines questions scientifiques soient notées à côté des questions de technique pure. Des maladies générales retentissent sur le système dentaire. Certaines affections dentaires peuvent amener des complications d'une gravité exceptionnelle et du ressort de la chirurgie et de la médecine proprement dites.

Le dentiste doit être averti des unes et des autres.

Le diagnostic, le traitement sont les divisions les plus longuement traitées, comme étant d'une application plus immédiate.

Pour cette tâche nous nous sommes inspirés des travaux odontologiques les plus récents et les plus autorisés, parmi ceux qui ont été publiés en France et à l'étranger.

L'anatomie pathologique exposée dans l'œuvre de M. Magitot, les enseignements cliniques et pratiques de l'Ecole Dentaire, notamment les cours de MM. David, Levett et Poinsot, ont été nos guides et nos conseillers pour la thérapeutique des affections dentaires et buccales et la dentisterie opératoire.

Une revue des travaux de l'année, un petit exposé historique du passé de l'Odontologie, des renseignements d'utilité professionnelle et une liste de dentistes exerçant en France et dans les pays circonvoisins, complètent le livre.

Si l'on juge que nous avons fait œuvre utile, nous élargirons d'année en année le cadre actuel.

ANÉMIE

Locale ou générale.

Anémie locale. Diminution de la quantité normale du sang que reçoit une région. L'anémie gingivale et labiale, caractérisée par

la pâleur des muqueuses tient à l'anémie générale. Dans cette affection le nombre des globules rouges est diminué, leur volume est plus petit que d'habitude.

L'anémie peut être primitive ou secondaire, la plupart des maladies chroniques s'accompagnent d'anémie secondaire. Le pronostic varie avec celui de l'affection génératrice. Il est toujours bon, quand la pâleur de la muqueuse buccale et de la conjonctive font soupçonner l'anémie, d'engager les malades à suivre un traitement général approprié, quelle que soit l'affection locale pour laquelle on les traite.

L'anémie aggrave et prolonge toutes les affections.

Elle prédispose à la carie dentaire et lui donne rapidement une marche envahissante, principalement chez les enfants, par suite du peu de densité de la dentine, de sa vascularité plus grande, du volume relativement considérable de la pulpe. Chez les enfants anémiés, la carie devient en peu de temps perforante.

La plus petite solution de continuité la cause chez eux. Leurs dents sont molles et d'un blanc crayeux, le mucus buccal abondant et acide, la salive filante et épaisse. La gingivite simple est souvent constatée chez les anémiés. Dans ce cas elle se montre très rebelle.

Traitement. — Comme adjuvant du traitement général, toutes les prescriptions de l'hygiène dentaire et buccale (V. ce mot) sont indiquées. On combattra l'acidité du mucus buccal par des poudres faiblement alcalines.

Des applications de carbonate et de phosphate de chaux seront prescrites, on recommandera l'alimentation phosphatée. On traitera les caries au début en conservant le plus possible d'émail, on obturera de préférence avec les oxy-phosphates et avec gutta-percha. On tonifiera les gencives.

CARIE DU 3e DEGRÉ

Carie perforante atteignant la pulpe. La pulpite ayant une autre origine que la carie, se classe de même, puisque le traitement a pour première conséquence d'ouvrir la cavité pulpaire.

Une pulpe dénudée ne peut être longtemps saine, donc les progrès de la carie, la pression d'un corps étranger, l'action d'un caustique, l'excitation d'une obturation métallique, agissant par les fibrilles de l'ivoire, certaines diathèses des gingivites graves,

des traumatismes auront pour conséquence soit : 1° la pulpite aiguë, soit 2° la pulpite chronique.

Pulpite aiguë. — Douleurs intolérables, spontanées, ou après l'irritation la plus faible; pression, respiration, succion, etc., etc. Parfois abcès alvéolaire, donc inflammation consécutive du périoste (V. périostite aiguë) et toutes les complications inflammatoires pouvant en résulter. *Ne pas confondre* avec périostite aiguë d'origine non pulpaire.

Pulpite chronique. — De diagnostic moins facile. Douleurs variables, faibles, et même nulles si l'organe s'atrophie et dégénère lentement. Si les cotons ayant servi à essuyer (après nettoyage sommaire de la cavité) ont une odeur fétide, si la plus petite pression dans la direction du centre n'est pas tolérée, si la percussion même faible est pénible, si la dent a une couleur ardoisée, si l'excision de l'ivoire ramolli près du collet est indolente, si le malade a eu à cette dent, récemment ou anciennement, des douleurs violentes, si le chaud est encore plus sensible que le froid, on est en présence d'une carie pénétrante.

Enfin l'inspection au miroir et à la sonde dans la cavité nettoyée, établira avec certitude si la pulpe est ou non découverte, si elle est ou non vivante. Pour cela, on se rappellera sa position dans les dents, qu'elle est une réduction de la dent elle-même, que volumineuse chez l'enfant, elle se rétrécit progressivement avec l'âge. Dans les dents à plusieurs cuspides, on prendra garde aux cornes de la pulpe.

Traitement. — Dans la pulpite aiguë ou chronique, on s'efforcera dès la première séance d'enlever, le plus possible d'ivoire ramolli, commençant par la périphérie et en redoublant de précautions dans la direction du centre, on cherchera à soulever et à détacher les couches sans racler. S'il était possible d'ouvrir largement la chambre pulpaire, on placerait de suite le pansement caustique. Si la sensibilité est trop grande, on traitera d'abord l'inflammation par des saignées locales, scarifications ou sangsues, par des badigeonnages à la teinture iode-aconit, toutes les deux heures; par des pansements opiacés dans la dent, et si l'on veut dans les oreilles. L'acide phénique, la créosote, l'huile de girofle, et les formules odontalgiques (V. odontalgie) agiraient dans le même sens; mais le remède héroïque par excellence est

l'acide phénique agglutiné avec un peu d'acétate de morphine. S'il y a abcès alvéolaire ou fluxion simple, on traitera comme dans périostite (V. ce mot). Quand l'hyperesthésie de l'organe aura diminué, on découvrira largement la pulpe, pour l'extirper d'emblée, ou en détruire la vitalité avec un caustique, l'extirpation immédiate au tire-nerf n'est guère possible que dans les dents à racine unique et chez les malades courageux.

Le caustique à employer de préférence est l'acide arsénieux. La potasse caustique, le chlorure de zinc, le cobalt (composé arsenical), le cautère actuel, le cautère électrique peuvent s'employer dans le même but, mais ils ont encore plus d'inconvénients que le premier.

Faire saigner la pulpe en la piquant légèrement diminue la douleur, augmente l'efficacité de l'escharotique.

L'acide arsénieux sera placé directement sur la pulpe, en ayant soin qu'il ne fuse pas au dehors. Pour éviter cet accident fâcheux, le caustique sera agglutiné en une pâte assez épaisse avec de la créosote, ou de l'huile de girofle, ou de la glycérine, la quantité sera minime et ne doit pas dépasser le volume d'une tête d'épingle, puis portée sur une petite boulette de coton ou d'amiante; ce pansement sera recouvert d'une boulette de coton imbibée d'une teinture résineuse ou de collodion, la cire ou la gutta-percha sont préférables, dans les cas où la cavité s'étend au-dessous de la gencive.

On devra même, dans certains cas, refouler ou détruire auparavant cette gencive; la gutta-percha, les cotons serviront à refouler, le nitrate d'argent à détruire, le bistouri à exciser.

La digue pourra servir dans le même but. On devra se protéger, pendant l'application du pansement, de l'introduction de la salive.

En provoquant une petite hémorragie pulpaire, en associant l'acétate de morphine à l'acide arsénieux, en exposant bien sa pulpe, on diminue la douleur de la cautérisation.

Un autre procédé (Poinsot) consiste à placer après l'hémorragie pulpaire, de cinq en cinq minutes, un pansement d'acide phénique; cela deux ou trois fois, puis l'acide arsénieux finement pulvérisé est placé sur la pulpe; la très grande finesse de la poudre arsenicale augmente son absorption.

On ne laissera jamais le pansement plus de vingt-quatre heures et on peut l'enlever au bout de six.

Sauf de rares exceptions, on ne mettra de l'acide arsénieux qu'une seule fois, la créosote et l'acide phénique auront raison de la sensibilité des débris pulpaires.

Le pansement enlevé, on irriguera abondamment la cavité, on enlèvera l'eschare et on élargira largement l'entrée de la chambre pulpaire, afin de rendre *l'accès des canaux dentaires facile.* On évitera de créer un faux canal. Si la cautérisation a été suffisante, on extirpera aussitôt toute la pulpe. Si la douleur était trop forte, des pansements à la créosote seule ou associée à la teinture d'iode, ou à l'acide phénique, ou à l'huile de girofle, rendraient l'opération plus supportable quelques jours après. Ces pansements devront être faits avec précaution, en évitant de refouler les débris pulpaires vers l'apex de la racine.

Extirpation de la pulpe. — Les tire-nerfs barbelés, les droits avec une pointe formant crochet, la plume d'oie, la mèche de coton peuvent servir à enlever les branches de la pulpe dans les canaux dentaires. Les tire-nerfs barbelés en acier ne doivent servir qu'une fois; ceux de Johnson sont les meilleurs. La cavité préparée, comme il est dit ci-dessus, le tire-nerf sera insinué avec précaution, en s'appuyant sur une paroi du canal dentaire. On remontera jusque vers l'apex sans le dépasser; puis cela fait (et si on a opéré sans brusquerie, la douleur est modérée), on imprimera au tire-nerf un mouvement de deux ou trois rotations et on le retirera. Si tout le nerf n'était pas arraché, on devrait recommencer jusqu'à l'extirpation complète. En trempant son tire-nerf dans de l'acide phénique morphiné, en faisant volatiliser un peu d'éther dans la cavité, on provoque moins de douleur.

La partie cornée d'une plume d'oie dans laquelle on a pratiqué des encoches, une très fine mèche de coton enroulée sur une sonde peuvent servir d'instrument d'extirpation. Pour des dents antérieures ayant leurs canaux d'accès très facile, la brusquerie peut se conseiller. Mais pour des dents multi-radiculaires, on provoquerait par ce procédé une grande douleur dans les premiers temps de l'opération, et les mouvements du malade ne permettraient pas son achèvement.

Les canaux dentaires seront ensuite bien nettoyés par des irri

gations avec une seringue ayant une certaine force de projection, avec des mèches de coton chargées d'alcool phéniqué, ou avec eau oxygénée, etc., etc.

Le nettoyage obtenu, ce qu'indiquera la propreté des mèches ayant servi à balayer le canal ; la percussion devenue indolore, l'absence d'odeur des cotons ayant séjourné dans les canaux, la santé de la dent avérée, on obturera les canaux.

Dans les dents multi-radiculaires, certains opérateurs tâtent la susceptibilité de la dent en n'obturant tout d'abord qu'un canal, le palatin par exemple, puis ensuite ceux des racines externes.

L'obturation des canaux se fera avec une fine mèche de coton imbibée d'acide phénique, de créosote, de naphtaline, ou enfin de baume de Judée dissous dans du chloroforme. Cette mèche imbibée d'un des produits ci-dessus, sera ensuite roulée dans un ciment d'oxyphosphate délayé clair. Ces mèches seront poussées jusqu'à l'extrémité des canaux. La gutta-percha seule ou associée à l'iodoforme, un fil de plomb limé en pointe pourraient aussi servir comme matière obturatrice dans le même but.

Dans le cas ou une inflammation périostique se produirait pendant la durée du traitement, on aurait recours aux produits iodés associés à l'aconit. (V. Périostite.) On suspendrait les pansements à demeure, ne pratiquant que les irrigations avec iode et acide phénique dilués dans de l'eau tiède alcoolisée. La mèche de coton peut contribuer au refoulement des produits de décomposition, de là une cause fréquente de périostite. L'irrigation n'a pas les mêmes inconvénients. Si un tire-nerf est cassé dans un canal dentaire, on fera tous ses efforts pour le retirer, car les pansements et les manœuvres de nettoyage pourraient le refouler au delà de l'apex de la racine et irriter le périoste. Un instrument aimanté, une très fine mèche de coton pourront servir à l'amener au dehors.

Il est bon de n'obturer que provisoirement à la gutta les dents sur lesquelles on a des doutes.

REVUE DE L'ÉTRANGER

JOURNAUX AMÉRICAINS, traduction de M. BLOCMAN

Extrait du *Dental Cosmos*, octobre 1883

TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par A. W. Harlan d. d. s. Chicago.

L'auteur en exposant ses vues sur le traitement de cette affection nommée tantôt pyorrhée alvéolaire, tantôt alvéolite, mal de Rigg, ou bien encore péricémentite phagédénique, l'auteur espère encourager ceux qui n'ont pas réussi à en arrêter la marche envahissante par une médication convenable.

De l'étiologie, le Dr Harlan ne dit rien, il rend seulement les microbes en partie responsables des désastres observés dans la pyorrhée alvéolaire.

L'auteur dit ensuite :

Il y a deux ans environ que je fus convaincu que les différentes méthodes employées pour combattre l'affection qui nous occupe, y compris celle de Rigg lui-même, étaient insuffisantes. J'étudiai alors les antiseptiques et je crus reconnaître à l'iodure de zinc les propriétés voulues pour lutter avantageusement contre notre terrible ennemi.

Je proposai donc des solutions renfermant 12 et 24 grains d'iodure de zinc pour une once d'eau.

Soit 0,777 et 1,555 pour 28,349 d'eau.

J'eus bientôt occasion d'expérimenter mon médicament. Il s'agissait d'une incisive centrale inférieure, la gencive était décollée à la face antérieure sur les deux tiers de la hauteur de la racine. La bouche était saine, on y voyait peu de tartre. Je nettoyai soigneusement la racine, fis l'ablation du bord de l'os, puis après avoir séché le cul-de-sac gingival j'injectai trois gouttes de la solution la plus faible. Je recommandai au patient de ne pas presser sur sa gencive et de revenir quatre jours après.

Lorsque je le revis, je séchai la gencive et pressai sur le cul-de-sac, il n'en sortit presque rien. Même traitement. Après deux

applications il n'y avait plus la moindre trace de pus, la gencive commençait à reprendre ses attaches. Huit jours après le dernier pansement il n'y avait plus trace de l'affection, la guérison était complète. Je revis le malade vingt mois après et trouvai la gencive dans le meilleur état possible. L'action bienfaisante de ce traitement me fit rejeter tout autre agent thérapeutique pour la cure de la pyorrhée alvéolaire, excepté dans le cas que je vais signaler.

Lorsque l'attaque est aiguë il faut d'abord remplir les culs-de-sac d'un mélange d'iodoforme et d'eucalyptus, d'iodoforme et d'huile de girofles ou bien les seringuer fortement avec une solution de chlorure d'alumine à la dose de 1 à 3 grains pour une once d'eau.

L'avantage de cette méthode est de calmer la douleur et de ramener les gencives tuméfiées à leur état normal. Après trois ou quatre jours on enlève le bord alvéolaire puis on seringue les culs-de-sac avec de l'eau oxygénée. Les propriétés antiseptiques de cet agent thérapeutique sont assez connues pour permettre de saisir immédiatement l'avantage qu'on peut tirer de son application dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Puis les gencives bien séchées, on injecte dans chaque cul-de-sac, deux, trois ou quatre gouttes de la solution d'iodure de zinc. Après quatre jours de repos on passe entre les dents et les gencives un tampon d'ouate imbibée d'eau oxygénée; s'il se produit une effervescence, c'est le signe certain de la présence du pus, il convient d'injecter à nouveau la solution à l'iodure de zinc.

Dans les cas chroniques, le traitement est le même, une fois les parties osseuses atteintes enlevées; seulement, dans cette forme de pyorrhée, le Dr. Harlan emploie la solution renfermant 24 grains pour une once d'eau et, suivant la gravité des cas, il va jusqu'à la dose de 48 grains pour une once.

Dans la pyorrhée alvéolaire chronique ou à forme grave, les gencives sont souvent déchiquetées et coupées en forme de V, suivant l'axe des dents. Une application d'iode pur tous les trois jours ramène vite les gencives à leur état normal.

Le temps nécessaire pour la guérison d'un cas dans lequel quatre ou cinq dents seraient intéressées peut varier de douze ours à quatre ou cinq semaines, en supposant toutefois le patient

d'une bonne santé générale. Les indications spéciales doivent d'ailleurs être rigoureusement observées.

L'iodure de zinc a été employé en médecine comme médicament interne et externe. On l'obtient en mettant en présence quatre parties d'iode avec un peu plus d'une partie de grenailles de zinc et vingt parties d'eau. L'opération est terminée lorsque le liquide devient incolore. On cristallise par évaporation et l'iodure de zinc est bon à employer. Par l'iode qu'il renferme, c'est un excellent antiseptique, comme on peut s'en rendre compte par le tableau suivant, résultat des recherches de M. Miguel, de l'Observataire de Montsouris.

Les chiffres indiquent en grammes la quantité de chaque substance nécessaire pour empêcher le développement des germes et des bactéries dans un litre de bouillon :

Eau oxygénée.........	0.05	Acide arsénieux.....	6.00
Bichlorure de mercure..	0.07	Sulfate de strychnine.	7.00
Iode................	0.25	Acide borique.......	7.50
Chlorure d'or..........	0.25	Arséniate de soude...	9.00
Bichlorure de platine...	0.30	Hydrate de chloral...	9.30
Acide cyanhydrique...	0.40	Salicylate de soude...	10.00
Brome...............	0.60	Soude caustique.....	18.00
Chloroforme..........	1.00	Borate de soude.....	70.00
Bichromate de potasse..	1.20	Chlorhydrate de morphine............	75.00
Ammoniaque..........	1.40	Alcool..............	95.00
Acide thymique.......	2.00	Iodure de potassium.	150.00
Acide phénique........	3.20	Sel marin...........	165.00
Permanganate de potasse	3.50	Glycérine...........	225.00
Acétate de plomb......	3.60	Sulfate d'ammoniaque	250.00
Alun................	4.50	Hyposulfite de soude	275.00
Bromhydrate de quinine	5.50		

Ce nouveau traitement de la pyorrhée alvéolaire est basé : 1° sur le nettoyage des culs-de-sac gingivaux à l'aide de l'eau oxygénée, qui fournit de l'oxygène naissant et détruit les microbes, et 2° sur l'injection d'iodure de zinc, corps stimulant et préservateur des exsudats séparateurs, est d'un succès presque certain.

Le Dr Harlan croit que tout cas bien franc de pyorrhée alvéolaire doit disparaître devant ce traitement conduit habilement.

BLOCMAN.

Publications anglaises, traduction de M. Butlin D. E. D. R.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Discussion sur la théorie des caries dentaires

La question suivante ayant été posée : les faits controversables que nous connaissons sur l'étiologie et la pathologie de la carie dentaire sont-ils suffisants pour en expliquer les phénomènes ?

Dans l'opinion de M. Sewill il n'y a aucun doute. On peut répondre affirmativement. Il croit que nous possédons une quantité suffisante de faits, pour nous rendre compte des phénomènes essentiels de l'affection. Il est vrai que pendant de nombreuses années la carie a été traitée sans aucune explication. Donc on pourrait se demander quelle utilité on pourrait tirer d'une discussion comme celle-ci. Si le traitement empirique a eu quelque succès, on peut croire que si l'on connaît avec certitude la nature de l'affection, on obtiendra des résultats supérieurs.

Quant à la prophylaxie de la carie pour laquelle on a peu fait jusqu'ici, elle dépend de nos connaissances étiologiques et pathologiques sur la question.

Considérant l'importance du sujet — car la carie est de beaucoup la plus importante des affections dentaires, — il est remarquable que la question soit restée si longtemps sans solution. Récemment on a communiqué à la Société des articles de journaux émettant des hypothèses physiologiques et pathologiques étonnantes. Un membre a dit publiquement qu'aucune explication sur l'origine des caries ne pouvait être donnée ; d'autres affirmaient qu'elle était une affection constitutionnelle.

Le premier point à décider est de savoir : si la carie est de cause externe ou interne ? ensuite ; quelles sont les causes déterminantes et quelles prédisposantes ? De quelle nature est le changement morbide des tissus? et enfin, si ces tissus montrent quelques

réactions vitales durant l'évolution de la carie, ou s'ils sont purement passifs ?

Il n'y a aucune hésitation à dire que la carie doit être considérée comme une désagrégation des tissus due à des causes externes. Les caractères anatomiques de l'émail et de la dentine semblent exclure la possibilité qu'ils soient la cause de l'action pathologique : ou si c'était possible dans la dentine, ce serait impossible dans l'émail, qui est une masse dense, dure et homogène contenant une quantité infinitésimale de matière organique, et pourtant c'est dans l'émail que commencent les caries, à moins que ce ne soit dans une fissure. Si les caries commençaient dans ces tissus, comme une véritable maladie, nous nous attendrions à trouver au début un dérangement vasculaire de la pulpe ; mais cela n'arrive jamais. Il est vrai qu'il peut y avoir inflammation de la cornée et autres tissus non vasculaires, mais de grosses lésions, comparables à la carie dentaire, ne pourraient exister sans changements vasculaires. La cornée et la dentine ne sont pas pareilles, l'une est molle et perméable, l'autre dense et dure. La dentine est véritablement un tissu unique. Il lui paraît qu'un seul fait de ceux mentionnés résout la question visée, la carie se produisant dans des dents mortes ou artificielles faites d'ivoire. Il a été dit que la vitalité de la dent résisterait à l'action des agents extérieurs. Mais quoique la vitalité puisse modifier jusqu'à un certain point l'évolution pathologique, cela ne peut pas protéger les tissus contre l'action des lois physico-chimiques, une goutte d'acide nitrique détruit la peau vivante ou morte et agirait de même sur une dent vivante ou morte.

Quelles sont donc ces causes externes ? L'une est acide et provient de la décomposition des aliments, par des sécrétions altérées, mucus acide. Les menus phénomènes des caries ont été très éclaircis par les recherches de MM. Underwood et Milles : ils ont trouvé des organismes minuscules florissant dans la matière organique de la dentine ; c'était une raison pour la destruction plus rapide de la dentine que de l'émail. Ces organismes venaient naturellement du dehors, et le point capital est que toute l'évolution était due à l'action des causes externes.

Diverses objections à ces vues ont été émises, mais il y a été répondu d'une manière satisfaisante. De cette façon il a été prouvé que la « zone transparente » que l'on avait cru être un

signe « d'action vitale », était également vu dans la dentine ramollie au moyen d'acides hors de la bouche. Pour ce qui a trait à la condition variqueuse des fibres dentinaires vue dans les dents cariées, celle-ci avait été également démontrée dans des dents mortes et hors de la bouche.

D'un autre côté, quelles étaient les causes prédisposantes des caries ? Elles peuvent être énumérées comme quelque chose qui soit susceptible de rendre l'émail et la dentine plus facilement attaquables par des acides : tels que, fissures ou autre malformation de l'émail ; émail mou et poreux, et la dentine molle et mal formée, contenant des espaces interglobulaires ; des dents serrées et irrégulières, favorisant la rétention des produits délétères et s'opposant à un entretien de parfaite propreté, et enfin tout ce qui tend à causer la formation d'acide dans la bouche, tel qu'un mauvais état des sécrétions, dyspepsie chronique, etc.

Il a été affirmé que l'apparence de carie datant d'une maladie serait une preuve que cette affection était due à un état constitutionnel. Mais, premièrement, le changement n'a pas été accompagné de phénomènes vasculaires, tels que l'on en rencontre dans d'autre lésions d'origines constitutionnelles, quel que soit l'organe dans lequel cela se produit ; et deuxièmement, la condition de la bouche pendant bien des dérangements de la santé et d'affections, était éminemment favorable aux causes qu'il avait mentionnées. Dans un cas de fièvre typhoïde, par exemple, on trouvera les dents couvertes de mucus vicié et d'aliments en partie décomposés, qui peuvent rester plusieurs semaines ; dans la grossesse il y a fréquemment un état mou et spongieux des gencives, avec sécrétions de mucus acide, et souvent aussi accompagnées de dérangements gastriques ; dans la dyspepsie chronique l'état des choses est à peu près semblable : sécrétions malsaines, éructations acides, etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

JOURNAUX ALLEMANDS, traduction de M. HEIDE, D. E. D. P.

RESTAURATION DES MAXILLAIRES

par Mr W. KAY DE BERLIN

Jusqu'à présent on n'a pas beaucoup écrit sur la restauration des mâchoires, d'abord parce que les sujets sont heureusemen rares et la difficulté de faire bien, très grande.

Il y a un an le Dr Dieffenbach, de Bonn, a fait un de ces obturateurs, mais une description de l'appareil n'a pas été publiée. J'ai pourtant eu l'occasion, dit M Kay, de voir une photographie de ce cas : c'était un fibrome très vasculaire qui remplissait toutes les cavités buccales et nasales, et qui nécessita la résection des deux maxillaires supérieurs jusqu'à la cavité de l'orbite.

Un autre cas de restitution de la mâchoire inférieure est raconté par Mr Sauer : « Personnellement j'ai eu, l'année passée, quatre sujets pour lesquels la résection d'une mâchoire avait été faite. »

Je n'insisterai pas sur l'indication de la résection des mâchoires ; pour le dentiste qui va faire l'appareil, l'origine de la maladie n'a qu'une importance secondaire. On le sait, la syphilis, les tumeurs du nez, de la bouche, la nécrose des os sont les principales affections qui nécessitent cette grave opération ; je n'entrerai donc pas dans l'histoire des maladies et je ne parlerai que de l'état du malade, l'opératio n terminée.

L'extraction des os, la cicatrice des parties molles, le raccourcissement des muscles, causent naturellement un grand changement dans la physionomie, le langage devient incompréhensible la mastication très difficile, puisque la nourriture qu'on prend par la bouche sort souvent par le nez.

Sans un appareil artificiel ces opérés sont des plus malheureux, et ce doit être le but de chaque dentiste de pouvoir employer son art, pour soulager dans la mesure du possible de si grandes infirmités.

Prendre l'empreinte est le plus difficile dans ces cas. Par suite de la rétraction et de la cicatrisation, la bouche est devenue si étroite qu'on peut à peine faire entrer une cuillère à thé, et quand on a à prendre l'empreinte, une autre difficulté surgit : on ne peut

pas abaisser assez la mâchoire inférieure. Si les dents restent d'un côté, il est évident qu'un porte-empreinte ordinaire est impossible à introduire ; pour le faire il faut couper le bord extérieur du porte-empreinte vis-à-vis les dents restantes, pour arriver à glisser en arrière la masse de cire ; on devra de même ne pas trop laisser durcir la matière d'empreinte, dans la crainte de ne pouvoir la sortir.

Dans les cas où ces complications existent : étroite ouverture de la bouche, présence de dents sur le maxillaire non réséqué, peu d'abaissement de la mâchoire inférieure, la meilleure matière d'empreinte est encore le plâtre (1); il se casse il est vrai, mais les morceaux peuvent se recoller et l'on a un modèle satisfaisant. Dans un cas il me fut impossible d'employer le plâtre et je me vis forcé de sacrifier une petite incisive supérieure pour gagner la place suffisante. Le porte-empreinte choisi, le bord correspondant aux dents restantes coupé, on courbe l'autre bord en dehors et on l'introduit chargé de plâtre, en l'inclinant du côté où l'on peut le plus aisément passer. Si l'ouverture est si étroite qu'on ne puisse mettre toute la quantité de plâtre nécessaire dans le récipient, on en ajoute ensuite avec le doigt, on fait de même pour le côté gingivo-labial sans laisser déborder sur les lèvres. Le plâtre durci on le casse en morceaux, on les réunit et on les fixe ensemble avec de la cire, après quoi on coule le modèle.

Si l'appareil a pour but non seulement de servir comme obturateur, mais encore de restituer à la face quelques-uns de ses traits, s'il doit servir pendant la mastication, une plaque simple n'est pas suffisante.

Pour prendre l'articulation, on fait une plaque de gutta-percha recouverte d'une couche de cire molle sur laquelle les dents du bas viennent mordre. L'articulation est obtenue.

(*A suivre.*)

Coles et Kingsley ont poussé plus loin la perfection dans la prise des empreintes, les procédés des mouleurs sont parfois nécessaires dans ces cas difficiles, et l'on ne peut toujours espérer avoir d'emblée une empreinte exacte et même satisfaisante. Une

(1) Toujours le plâtre. N. D. L. R

première empreinte servira à faire un porte-empreinte spécial, soit en caoutchouc, en plomb ou en gutta-percha. Coles fit construire un porte-empreinte en forme de cuillère divisée longitudinalement par moitié, on prend l'empreinte avec la première moitié, puis, le plâtre dur, on l'égalise à la ligne médiane et sur toute la hauteur ; la seconde partie sera prise de même après avoir empêché leur réunion en savonnant la première empreinte. La parfaite juxtaposition du manche sur toute la longueur sert de point de repère. Ce procédé, ou tout autre si l'on opère partiellement peut être employé selon le cas, mais il est évident que notre confrère germanique ne peut obtenir des modèles d'une exactitude suffisante avec les moyens un peu simples qu'il recommande.

N. D. L. R.

D'après le même journal il y a :

A	New-York	339	dentistes pour	1,200,000	habitants
»	Brooklyn	190	—	566,000	—
»	Philadelphie	235	—	846,000	—
»	Berlin	200	—	1,122,000	—
»	Hambourg	90	—	420,000	—
»	Breslau	35	—	280,000	—
»	Dresde	50	—	230,000	—
»	Munich	50	—	250,000	—
»	Cologne	18	—	150,000	—
»	Francfort-sur-Mein	27	—	150,000	—
»	Leipzig	28	—	150,000	—
»	Kœnigsberg	18	—	140,000	—
»	Stuttgard	24	—	120,000	—
»	Brême	12	—	115,000	—
»	Dantzig	16	—	108,000	—
»	Strasbourg	16	—	100,000	—
»	Nuremberg	13	—	100,000	—
»	Metz	6	—	54,000	—
»	Mulhouse	3	—	62,000	—

En France il y a *environ 1,400 dentistes.*

Paris en compte	480	pour	2,360,000	habitants
Lyon	45	—	345,000	
Bordeaux	40	—	215,140	

Marseille	28	—	320,000
Lille	25	—	162,000
Toulouse	24	—	132,000
Rouen	18	—	105,000
Havre	15	—	95,000

etc., etc.

Nous ne pouvons pas contrôler tous ces chiffres, il est évident qu'ils renferment certaines erreurs.

N. D. L. R.

Traduit du *Zahntechnische Reform*, par R. Heïde, D. E. D. P.

L'application du caoutchouc vulcanisé à la confection des pièces de protèse dentaire

Monsieur le Rédacteur,

Le traducteur de la Chronologie des progrès de l'art dentaire, publiée dans le numéro de janvier 1884, faisait ses réserves sur l'exactitude des faits qui y étaient énoncés et cela avec raison.

L'auteur allemand qui fit cette chronologie attribue au Dr Evans la première application de cette matière aux usages de la prothèse dentaire. C'est une erreur. Les inventions qui réussissent ne manquent pas de pères, et aucune, plus que celle du caoutchouc vulcanisé eut une paternité plus ambitionnée, en France et en Amérique.

Les courageux confrères qui firent pendant plusieurs années et malgré l'indifférence générale, l'*Abeille*, journal des dentistes, avaient déjà rétabli la vérité des faits en donnant place dans le numéro de juin 1865 à la protestation de M. Ninck : « En 1854 « M. Winderling et moi nous avons travaillé à établir ce nouveau « procédé qui a fait le tour du monde et le 28 juin 1855 j'ai pris « à Metz un brevet d'invention que j'ai laissé tomber, parce que « j'étais en Russie, et que la personne chargée de payer l'annuité « ne l'a pas fait. »

« C'est bien en 1854 que j'ai posé le premier dentier de cette « composition il était brun foncé, et lorsque j'ai été présenter ce

« procédé aux dentistes de Paris et de Londres, ils ne savaient pas « ce que c'était, et avaient du mal à croire à son avenir d'aujour-« d'hui ; cela nous a empêché de faire une grande fortune, que « d'autres ont obtenue à notre place. »

M. Winderling avait aux environs de Metz une usine à caoutchouc où l'on travaillait cette substance pour plusieurs usages : ressorts de wagons, tampons, chaussures. Ayant déjà réussi dans ses essais avec M. Ninck, il en parla à M. Putnam, qui répandit aux Etats-Unis les idées de M. Winderling. Pour ce dernier ce voyage de l'autre côté de l'eau lui donnait un titre d'inventeur et il prit un brevet le 10 août 1858 pour une machine à vulcaniser d'une grande complication. Cette machine fut bientôt délaissée. Il prétendait posséder de par ce brevet le monopole de la fabrication du caoutchouc vulcanisé et demanda aux tribunaux français de ratifier ses prétentions. Il perdit ses procès. On vient de voir que MM. Winderling et Ninck avaient fait des dentiers à base de caoutchouc dès 1854, ils avaient pris un brevet le 28 juin 1855. M. Putnam fut obligé de reconnaître le bien fondé des réclamations de ses prédécesseurs; et le numéro de juin 1860 de la *Revue odontotechnique* contenait la déclaration suivante : « Il nous a paru nécessaire d'examiner « la validité des droits de M. Winderling.

« C'est ce que nous avons fait, assisté par notre conseil judi-« ciaire, et nous avons été obligé de reconnaître que ses droits « étaient incontestables. »

Voici ce qui concerne un des prétendus inventeurs du caoutchouc :

Quant au Dr Evans, ce n'est que plus tard, en 1865, qu'il affirma dans une brochure intitulée :

QUELQUES DÉTAILS

SUR L'INTRODUCTION DU CAOUTCHOUC VULCANISÉ

Dans la chirurgie dentaire

Par THOMAS W. EVANS

Docteur en médecine

Chirurgien dentiste de l'empereur, de l'impératrice et du prince impérial

IMPRIMERIE SIMON RAÇON ET Cº.

Paris 1865

avoir été le premier à utiliser le caoutchouc vulcanisé à la confection des dentiers. A l'appui de ses prétentions, il n'apporta aucune preuve authentique. Quoique en matière d'invention ce sont les seules qui décident. Nous fûmes alors surpris de cette réclamation tardive, car M. le Dr Evans n'avait pas ignoré le débat entre MM. Winderling et Putnam. Il avait été pour un autre objet le collaborateur occasionnel de la *Revue odontotechnique*. — A cette époque il avait cru de son devoir de participer à l'avancement d'un art dont il avait tiré quelques avantages, et après avoir proposé des questions, il offrit des prix aux meilleurs mémoires les traitant. Malheureusement cette bonne volonté resta stérile. — Eh bien, si M. Evans ne produisit pas ses titres dans l'un des deux journaux professionnels qui parurent en 1860, je puis légitimement en induire qu'il ne les considérait pas comme certains. L'application du caoutchouc à la prothèse dentaire est donc une invention française et l'honneur en revient à MM. Winderling et Ninck.

Un vieux dentiste

Nous remercions le « vieux dentiste » de son intéressante communication ainsi que MM. Fanton, d'Orléans, qui ont bien voulu nous envoyer des documents sur le même sujet. Nous accueillerons de même tout ce qui pourrait l'éclairer d'un nouveau jour.

N. D. L. R.

Le *Tam-Tam* et les combinaisons financières de l'Institut odontotechnique

Le conseil scientifique entendu, le conseil d'enseignement ayant donné un avis favorable, le conseil d'administration de l'Institut odontotechnique décide : qu'on fera un appel aux grands journaux scientifiques pour faire savoir au monde les bienfaits de la nouvelle institution et fait insérer dans le *Tam-Tam* l'article dont nous donnons la conclusion.

Nous avons cru utile d'ajouter la publicité un peu plus spéciale de l'*Odontologie* à celle du *Tam-Tam.*

« Tous ceux de nos concitoyens qui ont l'habitude de faire le « bien tiendront, nous n'en doutons pas, à honneur d'être mem- « bres bienfaiteurs ou souscripteurs.

« S'adresser, pour tous renseignements et pour les versements, « au secrétariat général, 3, rue de l'Abbaye.

« Le généreux *Tam-Tam*, qui n'a jamais eu en caisse que dix- « sept sous, lesquels sont demeurés légendaires, vient de faire un « gros emprunt. Le Manche, bien qu'en ronchonnant, vient « d'emprunter à un gros banquier la somme ronde de vingt francs, « qu'il déposera un de ces matins entre les mains de M. Crignier, « bibliothécaire et membre du conseil d'administration.

« Amis tamtameurs, du courage à la poche!

« HENRI NORMAND. »

Il nous souvient qu'un de nos confrères, président de la Société syndicale, je c ois, nous disait un jour « que quant à lui il trouvait indigne d'une Ecole, dite libre, d'être sous la dépendance continuelle de la charité publique. » Et pourtant aujourd'hui on demande au *Tam-Tam* son précieux concours ; demain on demandera aux obligataires de nouveaux sacrifices et on fera voter la suppression des intérêts pour lesquels on s'est engagé, tout en sachant bien que les dépenses absorberont en un an et demi, intérêts et capital, actions et obligations. On n'ignore pourtant pas que la recette des inscriptions manquant, il y aura un déficit annuel de quinze mille francs.

L'Administrateur-Gérant : PAUL DUBOIS.

Paris — Alcan-Lévy, imp. breveté, 61, rue de Lafayette.

VOL. 4. **Paris, 1er Mars 1884** N° 3.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR MARS 1884

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 février 1884.

Extrait des comptes rendus hebdomadaires de la Société de Biologie.

Anesthésie prolongée obtenue avec le protoxyde d'azote a la pression normale, par M. le docteur A. Aubeau.

Dans la séance de la Société de biologie du 12 mai 1883. M. P. Bert démontra que l'on peut obtenir l'anesthésie prolongée avec le protoxyde d'azote, à la pression normale, en administrant alternativement du protoxyde d'azote pur, puis un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans des proportions voisines de celles où se trouvent dans l'air l'azote et l'oxygène.

En anesthésiant d'abord l'animal par le protoxyde d'azote pur, puis en lui faisant respirer le mélange susdit de façon à prolonger l'insensibilité pendant plusieurs minutes, en redonnant ensuite le protoxyde d'azote pur, puis le mélange, M. P. Bert a pu maintenir un chien insensible pendant une demi-heure.

Appelé à pratiquer quotidiennement, depuis plusieurs années, l'anesthésie proto-azotée et frappé des avantages de cette anes-

thésie, j'ai été conduit à faire une série d'expériences dont les résultats viennent confirmer et en quelque sorte compléter les observations de M. P. Bert.

Voici de quelle façon je m'étais d'abord posé le problème :

Existe-t-il un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène anesthésique d'emblée, et permettant, sans danger, de prolonger l'anesthésie pendant une période suffisante pour pratiquer la majorité des opérations chirurgicales ?

L'expérience m'a démontré qu'il existe bien des mélanges anesthésiques d'emblée, mais que ces mélanges sont dangereux parce qu'ils contiennent une proportion d'oxygène trop faible pour entretenir la vie au delà de vingt à trente minutes.

Je me suis alors proposé de résoudre cette autre question.

L'anesthésie avec le protoxyde d'azote pur étant obtenue, combien de temps se prolongera le sommeil chirurgical, si l'on administre un mélange donné de protoxyde d'azote et d'oxygène ?

J'ai obtenu dans ce sens des résultats remarquables. Le résumé de mes expériences établira nettement, je pense, ce que l'on peut espérer de l'anesthésie proto-azotée.

A. *Expériences sur les animaux.* — L'action du protoxyde d'azote est moins rapide et moins intense sur le chien que sur l'homme. Il suffit de deux minutes au plus pour obtenir chez l'homme l'anesthésie avec le protoxyde d'azote pur ; d'autre part, l'insensibilité va jusqu'à l'abolition du réflexe palpébral ; on peut toucher la conjonctive et la cornée sans provoquer le moindre clignement des paupières. C'est même sur l'observation du réflexe palpébral que je me guide, en dernier ressort, chez l'homme, pour reconnaître la période d'anesthésie confirmée.

Chez le chien, l'anesthésie n'est obtenue qu'au bout de trois et quatre minutes, le réflexe palpébral persiste alors qu'on peut traverser un pli de la peau avec un trocart, pincer l'oreille, appliquer le fer rouge dans les régions les plus sensibles sans éveiller la sensibilité.

L'anesthésie se prolonge, après qu'on a cessé les inhalations, pendant quarante à soixante secondes, aussi bien chez le chien que chez l'homme.

Si l'on continue les inhalations de protoxyde pur au delà de la période d'anesthésie confirmée, le chien meurt en moins de dix

minutes. La mort est précédée de convulsions tétaniques; la respiration se suspend, puis le cœur cesse de battre.

L'autopsie démontre que les poumons sont affaissés, rétractés, congestionnés; qu'il existe des ecchymoses sous-pleurales et que le cœur volumineux et comme dilaté est rempli de sang fluide et rouge. Si l'on anesthésie l'animal avec le protoxyde pur et que, sans écarter l'inhalateur, on administre ensuite un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, la prolongation de l'anesthésie est, toutes choses égales d'ailleurs, inversement proportionnelle à la richesse du mélange en oxygène.

Avec un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 40 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant trois minutes; elle est peu profonde.

Avec un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 20 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant six minutes.

Avec un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 10 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant douze minutes.

Avec un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 5 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant vingt-quatre minutes.

Le rapport qui existe dans les expériences précédentes entre la progression croissante de la durée de l'anesthésie et la progression décroissante de la richesse du mélange en oxygène constitue une véritable loi.

Bien que le mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 5 litres d'oxygène fût déjà loin de réaliser des conditions favorables à l'hématose, je résolus d'administrer un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et seulement 2 litres 1/2 d'oxygène. L'un des chiens mourut de syncope respiratoire au bout de vingt-cinq minutes.

Dans les derniers moments la respiration se faisait avec efforts, les côtes devenaient saillantes, les espaces intercostaux se déprimaient comme si le vide se fût fait dans la cavité thoracique. Le tableau de la mort fut d'ailleurs le même que dans le cas où l'on tue l'animal avec du protoxyde d'azote pur. L'autopsie révéla des lésions identiques, avec cette particularité que la rétraction des poumons était plus grande, que les vésicules pulmonaires étaient

presque complètement vides de gaz et que le cœur était plus volumineux.

Il existait de même de nombreuses ecchymoses sous-pleurales.

Il importe de faire quelques réserves sur ce cas, l'animal ayant subi trois expériences fatigantes dans la même journée.

A l'aide du même mélange contenant 100 litres de protoxyde et 2 litres 1/2 d'oxygène, je maintiens un chien anesthésié pendant quarante-quatre minutes. Mais au cours de cette anesthésie, il se fit, à un quart d'heure d'intervalle, deux syncopes respiratoires qui m'obligèrent à pratiquer la respiration artificielle. Je dus en outre par prudence et dans la crainte du même accident, écarter l'inhalateur à trois reprises différentes afin de permettre chaque fois 7 à 8 inspirations d'air pur.

L'animal resta haletant et anéanti pendant près d'un quart d'heure et dévora alors sa pâtée.

En résumé, si l'on anesthésie un chien avec le protoxyde d'azote pur et que l'on administre ensuite un mélange contenant du protoxyde d'azote et d'oxygène, l'anesthésie se prolongera pendant trois, six, douze et vingt-quatre minutes, suivant que le mélange contiendra 40, 20, 10 ou 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde.

Les premières inhalations sont suivies chez les animaux d'une période d'excitation de courte durée, due à la peur.

Un fait intéressant qui nous a frappé dans chacune de nos expériences, c'est qu'au moment où l'on cesse les inhalations de protoxyde pur pour administrer le mélange, la respiration se ralentit et se suspend même pendant quelques secondes pour redevenir bientôt calme et régulière. Le même phénomène se reproduit toutes les fois qu'on change les proportions du mélange. L'anesthésie prolongée est assez profonde, dans tous les cas, pour que l'on puisse piquer l'animal, le brûler au fer rouge dans les régions les plus sensibles, telles que le pourtour de l'anus, le scrotum, les oreilles, lui traverser un pli de la peau avec un trocart, le frapper avec une corde, sans obtenir le moindre signe de sensibilité.

Le réveil survient spontanément, même lorsqu'on prolonge les inhalations, et cela dans les limites, variables avec chaque mélange, que nous avons précédemment indiquées. Il est instantané et l'animal dresse la tête dès qu'on écarte l'inhalateur.

Bientôt même il fait des efforts pour se débarrasser de ses liens.

Il reste pendant quelques minutes dans un état caractérisé par de l'hébétude, par de la parésie du train postérieur et par une marche continue, comme s'il était en quête de quelque gibier; puis il se précipite sur les aliments qu'on lui présente et qu'il avait d'abord refusés.

Ces phénomènes se prolongent d'autant moins que le mélange est plus riche en oxygène.

Les mélanges contenant 100 litres de protoxyde et 40, 20 ou 10 litres d'oxygène, ainsi que les mélanges intermédiaires, sont inoffensifs chez le chien.

Le mélange contenant 100 litres de protoxyde et 5 litres d'oxygène a pu être employé sans danger, mais son emploi exige déjà une grande surveillance.

Aucun des mélanges précédents n'est anesthésique d'emblée pour le chien.

Les mélanges contenant 100 litres de protoxyde et 4, 3, 2 1/2 litres d'oxygène sont anesthésiques d'emblée pour cet animal, mais ils sont dangereux.

Tous les accidents que j'ai observés étaient dus à la syncope respiratoire.

Les battements du cœur sont encore perceptibles pendant quelques secondes après la suppression de la respiration.

La syncope respiratoire est toujours précédée de convulsions tétaniques plus marquées du côté des membres antérieurs.

On prévient l'accident en permettant des inhalations d'air pur dès le début de ces phénomènes convulsifs.

A. *Expérience sur le lapin.* — Un lapin soumis d'abord à l'action du protoxyde d'azote pur a été anesthésié au bout d'une minute et demie; il a inhalé ensuite un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde et est resté anesthésié pendant trente-sept minutes; à ce moment il a donné des signes de sensibilité.

B. *Observations sur l'homme.* — Mes observations sur l'homme sont trop peu nombreuses et trop peu concluantes pour que j'essaye d'en tirer des déductions. Telles quelles cependant elles ont beaucoup d'analogie avec celles que j'ai faites sur les animaux, et sont par conséquent assez encourageantes pour m'engager à les

poursuivre. Ce sont elles qui m'ont décidé à faire cette communication. De nombreuses expériences m'ont appris qu'un homme ne peut, d'une façon générale, absorber plus de 35 à 45 litres de protoxyde pur sans danger.

Je rappelle que l'anesthésie se produit au bout de deux minutes et qu'elle dure pendant quarante à soixante secondes.

J'ai été anesthésié par MM. Heymen et Ronnet, mes aides, avec le protoxyde pur, puis avec un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 40 litres d'oxygène.

L'anesthésie avec le protoxyde pur a été obtenue au bout de deux minutes et s'est prolongée, avec le mélange, pendant deux minutes. Le réveil a été spontané, bien qu'on ait continué les inhalations pendant huit minutes.

Au réveil, état nauséeux pendant deux minutes. Je venais de déjeuner.

J'ai anesthésié MM. Simon et Charles Diffoth, âgés l'un de vingt-quatre ans, le second de trente-six, avec le protoxyde pur.

L'anesthésie a été obtenue au bout de deux minutes.

J'ai continué les inhalations avec le mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 40 litres d'oxygène. L'anesthésie s'est prolongée pendant deux minutes et demie chez l'un, trois minutes chez l'autre.

Le réveil a été spontané, bien que j'aie continué les inhalations.

J'ai respiré 80 litres d'un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 6 litres d'oxygène. J'ai été anesthésié d'emblée au bout de quatre minutes.

Mes aides ont enlevé l'inhalateur une minute et demie plus tard.

J'ai respiré 70 litres d'un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 5 litres d'oxygène. J'ai été anesthésié d'emblée au bout de trois minutes et demie.

M. Heymen a été anesthésié au bout de deux minutes et demie avec 50 litres d'un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 4 litres d'oxygène. Ce mélange est anesthésique d'emblée.

Ces expériences démontrent :

1° Que dans les seules expériences complètes qui ont été faites chez l'homme avec des mélanges riches en oxygène (40 litres

d'oxygène pour 100 litres de protoxyde d'azote), la prolongation de l'anesthésie est sensiblement égale à celle qu'on observe chez le chien;

2° Que les mélanges contenant 6, 5, 4 litres d'oxygène pour 100 litres de protoxyde d'azote sont anesthésiques d'emblée pour l'homme, alors que le dernier seul est anesthésique d'emblée chez le chien.

L'anesthésie se produit plus lentement qu'avec le protoxyde d'azote pur.

D'autre part, ces faits prouvent une fois de plus que l'action du protoxyde d'azote est plus marquée sur l'homme que sur le chien.

J'espère compléter mes observations et apporter prochainement des conclusions pratiques, qui actuellement seraient prématurées.

Toutefois on peut dire dès à présent :

1° Que pour les opérations de courte et de moyenne durée l'on peut avoir recours au protoxyde d'azote pur, puis à l'un des mélanges précédemment étudiés ;

2° Que pour les opérations de longue durée le protoxyde d'azote à la pression normale peut encore suffire, mais à la condition de recourir au procédé indiqué par M. P. Bert, c'est-à-dire à l'emploi alternatif du protoxyde pur et de l'un de ces mélanges.

Toutes mes expériences ont été faites au laboratoire de l'Ecole dentaire de la rue Richer, en présence de MM. Heymen (1), Ronnet et Viau, et avec leur concours.

Je me suis servi des petits gazomètres gradués du docteur Telchow et de deux gazomètres d'une capacité plus grande, divisés en litres et construits par M. Heymen-Billard.

Un détail opératoire qu'il importe de signaler est le suivant : si l'on prépare une grande quantité de mélange et qu'on l'emploie séance tenante, l'anesthésie devient moins profonde lorsque le sujet en expérience inhale le contenu de la partie supérieure du gazomètre.

L'anesthésie reprend dès qu'on donne à l'animal le contenu d'un second gazomètre renfermant exactement les proportions

(1) Je remercie ici personnellement M. Heymen, dont nos lecteurs connaissent le dévouement à l'Ecole de la rue Richer, et qui, dans la circonstance, n'a pas hésité à sacrifier son temps et a fait gracieusement tous les frais des expériences. Dr A. A.

d'oxygène et de protoxyde d'azote. Le mélange est donc plus riche en oxygène dans les couches les plus élevées.

Les deux gaz oxygène et protoxyde d'azote n'offrent pas de densités assez différentes pour échapper d'une façon générale à la loi des mélanges des gaz et pour se superposer par ordre de densité comme l'acide carbonique et l'air, par exemple, dans la grotte du Chien, à Pouzzoles. J'ai cherché la raison de l'anomalie que j'observais et j'en ai trouvé l'explication dans le fait suivant. D'une part le protoxyde qui nous est livré à l'état liquide dans des bouteilles de fonte est comprimé à la pression de 70 atmosphères, tandis que l'oxygène n'est comprimé qu'à 50 atmosphères.

Lorsque les gaz se dégagent et passent des bouteilles qui les contiennent dans le gazomètre, il existe en eux par conséquent une différence de pression égale à 20 atmosphères. D'autre part si l'on introduit la boule d'un thermomètre dans le courant de protoxyde d'azote au voisinage de son point de dégagement, l'instrument marque en quelques secondes un abaissement de température égal à 18 degrés au-dessous de zéro, tandis qu'un thermomètre placé au milieu du courant d'oxygène dans les mêmes conditions reste à 10 degrés au-dessus de zéro.

Il existe donc entre les deux gaz au moment de leur dégagement une différence de température égale à 28 degrés.

Il me paraît évident que ces différences de température et de pression s'opposent au mélange des deux gaz et que leur diffusion ne peut s'opérer qu'au bout d'un certain temps.

Pous obvier à ces inconvénients il suffirait de préparer le mélange à l'avance afin que la diffusion des gaz ait le temps de s'effectuer.

Mais, comme dans la pratique on emploie le mélange séance tenante, je pense qu'on obtiendra également de bons résultats en faisant le mélange dans des réservoirs petits et compressibles, tels que des sacs en caoutchouc qui permettent de malaxer les gaz.

La question du transport et du maniement des appareils est résolue.

Il suffit, en effet, ainsi que l'a dit M. P. Bert, d'employer des ballons en caoutchouc. M. Heymen-Billard a construit, sur mes indications, un appareil composé de deux sacs, dont chacun

communique d'une part avec les bouteilles d'oxygène et protoxyde d'azote, et d'autre part avec l'inhalateur.

On peut interposer sur le trajet des tuyaux qui conduisent les gaz des bouteilles dans les deux ballons, soit un sac plus petit de capacité connue (1 litre, par exemple), soit un compteur à gaz marquant les litres. On fait arriver dans l'un des ballons du protoxyde pur. On remplit l'autre avec le mélange. Quand le malade est anesthésié, on administre le mélange et l'on remplit un ballon pendant que le patient vide l'autre.

Voici le résumé des principales expériences faites sur les animaux et sur l'homme :

Les expériences I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII et IX établissent la loi que nous avons formulée au cours de notre travail.

Les expériences X, XI, XII, XIII et XIV faites avec des mélanges intermédiaires confirment cette loi.

L'expérience XV a été faite sur un lapin.

Les expériences XVI, XVII, XVIII, XIX, XX et XXI relatent les premières applications de la méthode chez l'homme.

Expérience I. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée jusqu'à la mort. Syncope respiratoire au bout de 10 minutes.*

Chienne bull-terrier, première force, pesant 17 kil. 300 gr.

On donne du protoxyde pur. Agitation due à la peur, pendant 3 minutes.

Anesthésie complète au bout de 4 minutes avec 25 litres de gaz.

Miction une minute et demie plus tard; l'animal est insensible, on incise la peau sans éveiller la douleur.

7 minutes après le début des inhalations, la respiration devient superficielle et se ralentit. 10 minutes après le début, syncope respiratoire; 10 secondes plus tard, le cœur cesse de battre.

Autopsie : Ecchymoses sous-pleurales nombreuses. Poumons affaissés, rétractés, congestionnés. Cœur volumineux et gorgé de sang rouge fluide.

Expérience II. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 3 minutes.*

15 février 1884.

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 8 kilos.

On donne d'abord le protoxyde pur.

Anesthésie confirmée au bout de 3 minutes.

On donne alors le mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

L'anesthésie se prolonge pendant 3 minutes.

Réveil spontané.

EXPÉRIENCE III. — *Anesthésie obtenue avec le protoxyde d'azote pur et continuée avec alternatives de mélange et de protoxyde pur. Durée : 6 minutes.*

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 8 kilos.

On donne d'abord le protoxyde d'azote pur.

Au bout de 30 secondes, la respiration se précipite. Agitation générale.

Anesthésie confirmée au bout de une minute et demie avec 12 litres de gaz. On continue en faisant inhaler un mélange contenant 20 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Dès que l'animal commence à absorber le mélange, la respiration se ralentit, puis se suspend.

On stimule trois fois le diaphragme sans écarter l'inhalateur. La respiration reprend aussitôt, et à partir de ce moment reste régulière.

De 2 minutes en 2 minutes, on interroge la sensibilité en traversant la peau avec un trocart, en donnant des coups de corde, en piquant avec une épingle.

6 minutes après le début des inhalations, on coupe le bout de la queue avec des ciseaux, l'animal ne sent pas.

Une minute plus tard, signes de réveil. Le chien n'a pris que 20 litres du mélange.

On redonne 8 litres de protoxyde pur. L'anesthésie redevient profonde. Continuation avec le mélange.

6 minutes plus tard, plaintes, réveil spontané bien que l'on poursuive les inhalations.

On enlève le masque, l'animal lève la tête.

3 minutes après le réveil, il saute à terre; il cherche comme s'il était en quête de gibier.

Parésie du train de derrière; hébétude pendant 5 minutes. Il mange alors sa pâtée.

EXPÉRIENCE IV. — *Anesthésie obtenue à l'aide de protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 20 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie: 6 minutes.*

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 8 kilos.

Anesthésie obtenue avec 12 litres de protoxyde d'azote pur, en 2

minutes. On lui fait inhaler ensuite un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et 20 litres d'oxygène. L'anesthésie se prolonge pendant 6 minutes.

On a pu le piquer avec une épingle, traverser un pli de la peau avec un trocart sans qu'il donne signe de sensibilité.

Au bout de 6 minutes il s'agite. On donne 7 litres de protoxyde pur ; il se rendort aussitôt. On lui donne de nouveau le mélange et l'anesthésie se prolonge pendant 6 minutes.

Durée totale de l'anesthésie, 17 minutes.

Réveil instantané. Parésie du train postérieur, qui persiste pendant 4 minutes. A ce moment il dévore sa pâtée.

Le réflexe palpébral a persisté pendant toute la durée de l'anesthésie.

Expérience V. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant* 10 *litres d'oxygène et* 100 *litres de protoxyde d'azote. Durée:* 12 *minutes.*

30 janvier 1884.

Gros chien de chasse, mâtine terre-neuve, âgé de cinq ans et pesant 31 kilos.

On donne d'abord du protoxyde pur.

Excitation au bout de 45 secondes.

Anesthésie confirmée 2 minutes après le début des inhalations. On administre un mélange contenant 10 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Ralentissement de la respiration. On stimule le diaphragme. Persistance du réflexe palpébral lorsqu'on touche la conjonctive ou la cornée, et pourtant il ne sent ni la piqûre ni les coups de corde.

7 minutes après le début de l'anesthésie confirmée, le réflexe palpébral persiste ; fixité de la pupille.

12 minutes après le début de l'anesthésie, signes de sensibilité. On redonne du gaz pur pendant une minute, puis on reprend le mélange. Ralentissement de la respiration. On continue les inhalations pendant 5 minutes. Réveil instantané dès qu'on a enlevé l'inhalateur. Mouvements saccadés de la tête. On lui présente de la viande qu'il mange avec avidité en remuant la queue. Cependant, il n'a pas la force de descendre de la table d'opération.

4 minutes après le réveil il saute à terre et marche en titubant et en traînant les pattes de derrière. Parésie du train postérieur.

2 minutes plus tard, il se met en quête ; mouvements ataxiques. Il boit.

9 minutes après le réveil, il lèche les piqûres que lui a faites le trocart.

12 minutes après le réveil, il a repris toute son activité et se lève sur les pattes de derrière pour prendre un morceau de sucre.

EXPÉRIENCE VI. — *Anesthésie à l'aide du protoxyde pur, prolongée à l'aide d'un mélange contenant 10 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie: 12 minutes.*

1er février 1884.

Gros chien de chasse, mâtiné terre-neuve, âgé de cinq ans et pesant 31 kilos.

On donne d'abord le protoxyde d'azote pur.

Excitation au bout de 2 minutes. Miction, il agite la queue. Une minute plus tard, défécation. Anesthésie confirmée 4 minutes après le début des inhalations. Coups de corde sur le scrotum et sur les oreilles, insensibilité. Ralentissement de la respiration.

2 minutes plus tard on lui tenaille les mamelons et les oreilles, on tire les ongles, on traverse le scrotum avec la pointe des ciseaux, il ne sent pas, et pourtant le réflexe palpébral persiste.

6 minutes après le début de l'anesthésie confirmée, défécation.

8 minutes après le début des inhalations, on pique la peau du ventre, on traverse l'oreille droite avec un gros trocart, il reste insensible.

Réveil spontané 12 minutes après le début de l'anesthésie. Stupeur pendant 4 minutes, il essaie alors de se dresser.

Parésie du train postérieur.

9 minutes après le réveil, retour à l'état normal ; il mange sa pâtée avec appétit.

EXPÉRIENCE VII. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec des mélanges contenant 6 et 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée avec le mélange contenant 5 d'oxygène et 100 de protoxyde d'azote : 24 minutes.*

15 février 1884.

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 8 kilos.

On donne d'abord du protoxyde pur.

Excitation au bout de 2 minutes.

Anesthésie confirmée au bout de 4 minutes avec 12 litres de protoxyde pur.

On donne alors un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Signes de réveil au bout de 17 minutes.

On donne alors un mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote, il se rendort aussitôt.

Brûlure au scrotum, piqûre, etc., insensibilité.

Réveil, 24 minutes après qu'on a donné le mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Expérience VIII. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 2 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Mort par syncope respiratoire au bout de 25 minutes.*

15 février 1884.

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 20 kilos.

On donne d'abord le protoxyde pur.

Excitation au bout de une minute et demie.

Anesthésie confirmée au bout de 2 minutes 1/2.

On donne alors le mélange contenant 2 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Gêne et ralentissement de la respiration pendant une minute. Miction 6 minutes après le début des inhalations.

On interroge la sensibilité par les piqûres, le pincement, le tenaillement, la brûlure, de 2 minutes en 2 minutes, insensibilité.

24 minutes après le début de l'anesthésie, gêne et ralentissement de la respiration. L'inspiration se fait avec effort, les côtes sont saillantes, les espaces intercostaux se dépriment comme si le vide se faisait progressivement dans la cavité thoracique.

Convulsion tétanique du train antérieur. Une minute et demie plus tard, c'est-à-dire 25 minutes 1/2 après le début, syncope respiratoire mortelle. Autopsie : Ecchymose sous-pleurale, affaissement, rétraction, congestion des poumons dont les alvéoles sont presque complètement vides de gaz.

Cœur volumineux, gonflé, rempli de sang rouge, fluide.

Expérience IX. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 2 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 44 minutes.*

17 février 1884.

Petit chien ratier croisé loulou (?), 10 mois, pesant 2 kil. 100 gr.

On donne d'abord du protoxyde d'azote pur. Plaintes.

Anesthésie confirmée au bout de 2 minutes 1/2, avec 5 litres de gaz.

On continue avec le mélange contenant 2 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Gêne de la respiration pendant une minute. 5 minutes après le début des inhalations, la respiration se ralentit, puis se suspend. Respiration artificielle. On écarte le masque pendant 5 secondes.

Une minute et demie plus tard la respiration devient régulière.

19 minutes 1/2 après le début, au moment où on commence à donner le contenu d'un second gazomètre, la respiration se ralentit, puis se suspend. Respiration artificielle. On laisse l'animal faire 8 inspirations d'air pur.

Une demi-minute plus tard on redonne le mélange.

Au bout de 4 minutes dyspnée, on écarte l'inhalateur pendant 30 secondes.

La respiration reste alors régulière pendant 12 minutes.

Alors, nouvel accès de dyspnée. On suspend les inhalations pendant 30 secondes.

44 minutes après le début de l'anesthésie, l'animal étant très fatigué, on cesse l'expérience.

Il reste haletant et anéanti pendant 14 minutes et dévore alors sa pâtée.

Expérience X. — *Anesthésie confirmée obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 7 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 19 minutes.*

8 février 1884.

Chien bull-terrier, 4 ans, pesant 8 kilos.

On donne d'abord du protoxyde pur.

Excitation au bout de 2 minutes.

Anesthésie confirmée 3 minutes après le début.

On donne alors un mélange contenant 7 litres 1/2 d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Ralentissement de la respiration.

2 minutes après l'anesthésie confirmée, il urine. Coups de trocart, coups de corde, insensibilité.

9 minutes après le début des inhalations on le brûle au fer rouge dans la région abdominale, insensible.

Une minute plus tard, une seconde brûlure provoque des signes de sensibilité.

On ferme le gazomètre dont le contenu est presque épuisé et l'on donne le contenu de l'autre gazomètre qui a été préparé exactement dans les mêmes proportions, l'anesthésie redevient aussitôt profonde.

3 minutes plus tard nouvelle brûlure, insensibilité.

19 minutes après le début des inhalations, signes de réveil. Une minute plus tard, réveil.

Stupeur pendant 5 minutes, puis il accepte du sucre et sa pâtée.

Expérience XI. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 18 minutes.*

10 février 1884.

Gros chien de chasse. 5 ans, poids 31 kilos.

On donne d'abord 10 litres de protoxyde pur et l'on continue avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

L'anesthésie n'était pas obtenue lorsqu'on a donné le mélange.

2 minutes après le début, excitation, nausées, plaintes et défécation.

Anesthésie confirmée au bout de 4 minutes 1/2.

Piqûre, brûlure, coups, pincement du scrotum; insensibilité.

Signes de sensibilité 18 minutes après le début de l'anesthésie confirmée. On cesse les inhalations.

Stupeur pendant 5 minutes.

Il refuse du sucre 7 minutes après le réveil.

Il mange un quart d'heure après le réveil.

Expérience XII. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 18 minutes.*

13 février 1884.

Gros chien de chasse mâtiné terre-neuve, 5 ans, pesant 31 kilos.

On donne d'abord du protoxyde pur.

Excitation au bout de 2 minutes.

Anesthésie confirmée au bout de 4 minutes; on donne alors un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Réveil spontané au bout de 18 minutes.

Il mange 2 minutes après le réveil.

Expérience XIII. — *Anesthésie obtenue avec le protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 15 minutes, syncope respiratoire.*

4 février 1884.

Gros chien de chasse mâtiné terre-neuve, âgé de 5 ans, et pesant 31 kilos.

On donne d'abord 8 litres de protoxyde pur et l'on continue avec un mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Anésthésie confirmée au bout de 4 minutes avec 35 litres de gaz en tout. Ralentissement de la respiration.

Une minute plus tard, défécation.

Coups de trocart, coups de corde, piqûre du scrotum et du pourtour de l'anus avec la pointe d'un bistouri; insensibilité.

15 minutes après le début des inhalations, anesthésie profonde, la respiration se ralentit, puis se suspend. Respiration artificielle, on lui fait inhaler 10 litres d'oxygène pur. La respiration reprend au bout de 45 secondes. On cesse les inhalations. Stupeur pendant 8 minutes; à ce moment nausées, miction. Une minute plus tard il se lève, parésie du train postérieur. On lui présente sa pâtée qu'il refuse. Bave abondante.

10 minutes après la cessation des inhalations, il se met en quête.

17 minutes après la cessation des inhalations, il accepte un morceau de sucre.

27 minutes après la cessation des inhalations, il mange sa pâtée.

Il a absorbé en tout 200 litres du mélange.

Expérience XIV. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 4 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 30 minutes.*

19 février 1884.

Gros chien de chasse mâtiné, 6 ans, pesant 28 kilogr.

On donne d'abord le protoxyde pur. Anesthésie confirmée au bout de deux minutes et demie avec 17 litres et demi de gaz.

Suspension de la respiration, 4 minutes après le début. Respiration artificielle. Reprise au bout de 90 secondes. Une demi-heure après le début, nouvelle syncope respiratoire. Respiration artificielle. On donne de l'oxygène pur.

Il a absorbé 300 litres de mélange.

L'expérience a duré une demi-heure. Stupeur et parésie du train postérieur pendant 12 minutes. Il mange sa pàtée, 20 minutes après la cessation des inhalations.

B. — EXPÉRIENCE SUR LE LAPIN.

Expérience XV. — *Anesthésie obtenue avec le protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 36 minutes.*

10 février 1884.

Lapin. — On commence avec du protoxyde pur.

Anesthésie confirmée au bout de 2 minutes et demie. On donne

alors un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. On lui pince ou on lui coupe l'oreille toutes les 2 minutes, afin d'interroger la sensibilité. On incise la peau du ventre 14 minutes après le début de l'anesthésie, insensibilité.

Signes de réveil 36 minutes après le début de l'anesthésie confirmée.

On donne du protoxyde pur jusqu'à la mort, qui survient au bout de 12 minutes à la suite de convulsions tétaniques.

La chair de ce lapin a été mangée, elle n'avait aucun mauvais goût.

C. — EXPÉRIENCES SUR L'HOMME.

Expérience XVI. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 3 minutes.*

Diffloth (Charles), 36 ans.

Contracture des mâchoires et fistule génienne gauche.

On donne d'abord le protoxyde d'azote pur. Pas d'excitation. Anesthésie confirmée au bout de 2 minutes, avec 35 litres de gaz. On donne alors le mélange (40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote).

Réveil spontané au bout de 3 minutes, bien que l'on continue les inhalations.

Pas de malaise au réveil.

Expérience XVII. — *Anesthésie obtenue avec l'aide du protoxyde d'azote pur et continuée avec un mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 2 minutes 1/2.*

M. Simon, 24 ans.

On donne d'abord du protoxyde d'azote pur. Pas d'excitation.

Anesthésie confirmée au bout d'une minute et demie. Extraction d'une dent.

On donne alors le mélange.

L'anesthésie se prolonge pendant 2 minutes et demie. Réveil spontané bien que l'on continue les inhalations. Nul malaise au réveil.

Expérience XVIII. — *Anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde pur et continuée avec un mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée : 2 minutes.*

M. A. Aubeau, 32 ans.

On donne d'abord le protoxyde d'azote pur. Pas d'excitation.

Anesthésie confirmée au bout de 2 minutes, avec 30 litres de gaz.

On donne alors le mélange contenant 40 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. A ce moment, la respiration se ralentit et de-

vient pénible pendant quelques secondes. Puis elle reprend sa régularité. L'anesthésie se prolonge pendant 2 minutes. Réveil spontané. On coutinue les inhalations pendant 4 minutes.

Dès que l'inhalateur est enlevé et que l'air pur pénètre dans les voies respiratoires, état nauséeux qui dure 2 minutes.

Venait de déjeuner.

Expérience XIX. — *Anasthésie d'emblée avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Durée de l'anesthésie : 2 minutes.*

13 février 1884.

M. A. Aubeau, 32 ans.

Inhalation d'un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.

Au bout de 2 minutes, congestion de la face, ralentissement de la respiration.

Au bout de 4 minutes, anesthésie confirmée, piqûres, pincement, toucher de la conjonctive et de la cornée, insensibilité.

On écarte l'inhalateur au bout de 2 minutes. Etat nauséeux, sans vomissement au réveil.

Expérience XX. — *Anesthésie d'emblée à l'aide d'un mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.*

1er avril 1884.

M. A. Aubeau, 32 ans.

Inhalation d'un mélange contenant 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote. Anesthésie d'emblée avec 75 livres de mélange. On touche la conjonctive et la cornée sans provoquer le réflexe palpébral.

On pique la main, on pince l'avant-bras, insensibilité.

On cesse les inhalations au bout de 2 minutes.

Accès d'hilarité au réveil.

Expérience XXI. — *Anesthésie d'emblée avec un mélange contenant 4 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote.*

M. Heymen-Billard, 34 ans.

Anesthésie confirmée obtenue d'emblée avec 50 litres d'un mélange contenant 4 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote, en 2 minutes et demie.

Pas de malaise au réveil.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE
DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Seance du 22 *janvier* 1884.

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures.

21 membres sont présents.

M. Godon informe l'assemblée que M. le Dr Aguilhon de Sarran, ne pouvant assister à cette réunion, a demandé que sa communication fût remise à l'ordre du jour de la séance de février.

M. Poinsot demande que l'on envoie les convocations plus tôt.

M. Viau présente un cas d'anomalie dentaire consistant en une grosse molaire située sur la ligne médiane de la mâchoire supérieure entre les incisives, cette dent n'ayant pas été extraite, il ne peut présenter que l'empreinte en plâtre prise, en province, sur un ouvrier âgé de 45 ans, n'ayant jamais subi d'opérations dentaires et n'ayant fourni aucun renseignement sur ses antécédents.

M. Viau en manifeste le regret, vu la rareté de cette anomalie,

M. Poinsot explique que c'est une anomalie de forme plutôt qu'une anomalie de siège, que c'est une incisive plutôt qu'une grosse molaire et que cette anomalie doit être due au rapprochement de deux bulbes.

MM. Ronnet, Dubois et Lôwenthal pensent que c'est une anomalie de siège produite par une migration folliculaire.

M. Godon ne peut admettre une migration de follicule à une pareille distance et dans cette situation, et pencherait plutôt pour l'explication de M. Poinsot, explication qui se trouve du reste dans Tomes, pour un cas à peu près semblable.

M. Dubois cite des cas de migration folliculaire plus éloignés.

M. Poinsot, s'en référant à l'opinion de M. Magitot que des incisives ne peuvent se trouver dans le fond de la bouche, dit que dans le cas actuel l'épaisseur du maxillaire ne présente pas assez de volume pour contenir les trois racines d'une grosse molaire, et est toujours convaincu que c'est la réunion de deux bulbes de dents surnuméraires.

M. Ronnet pense que c'est une molaire et que lorsqu'elle s'est formée la voûte palatine a résisté. M. Dubois est de l'avis de M. Ronnet et compare les racines de cette dent à celles de la dent de sagesse.

M. Poinsot donne quelques explications sur la formation des dents chez les races civilisées contrairement à ce qui se passe chez le gorille et cite un cas d'anomalie, semblable à celui présenté par M. Viau, que possède le musée de l'Ecole.

M. Viau regrette de nouveau que cette dent n'ait pas été extraite pour permettre d'établir d'une façon plus précise l'étiologie de l'anomalie.

La discussion est close.

M. Dubois. — M. le docteur Stokes a bien voulu faire à la clinique de l'Ecole une démonstration de l'usage de ses clamps. Pour ceux d'entre nous qui n'ont pu assister à cette démonstration, je vais les présenter en indiquant leur usage. Comme vous le voyez, ils sont fort ingénieux et leur construction indique les services qu'ils doivent rendre.

Voici le premier : il est avec abaisse-langue pouvant retenir la serviette ou des tampons de papier qui compriment légèrement les glandes sous-maxillaires et l'orifice du canal de Wharton; par ces moyens, l'arrivée de la salive est retardée et on a tout le temps de faire à sec une opération qui n'est pas de trop longue durée, telle qu'obturation à l'amalgame ou au ciment et même de petites aurifications.

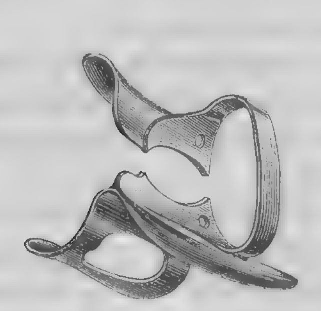






Fig. 1. Clamps non placé. Fig. 2. Clamps placé.

On voit qu'ils sont supérieurs au spéculum buccal inventé ces derniers temps. Celui-ci gêne bien souvent par sa partie supérieure, son adaptation autour de la dent est moins exacte. La

protection contre la salive de moins longue durée. Je pense que pour les petites opérations le clamps de M. Stokes sera pour nous un auxiliaire des plus précieux. A ce premier modèle, il en a ajouté d'autres qui rendront autant de services pour les opérations plus longues, celles où la digue doit être placée. Nous savons tous que placer la digue sur l'une des dix dents antérieures est le plus souvent facile; il n'en est pas toujours de même lorsqu'il s'agit des grosses molaires et M. Stokes a voulu rendre plus aisé le placement de la digue dans ces cas. Au lieu de placer la digue tout d'abord en la maintenant avec les doigts pour la fixer avec le clamps ou avec le fil, il commence par mettre le clamps sur la dent, puis ayant fait un trou un peu plus grand qu'à l'ordinaire dans le caoutchouc, il le passe par dessus le clamps et par conséquent par dessus la dent. La digue est ainsi fixée.

Cela a demandé un fragment de minute; le patient n'a pas souffert, l'éloignement de la salive assuré aussi bien que par l'autre procédé. Vous comprenez que pour empêcher la déchirure du caoutchouc, les clamps employés doivent avoir peu de développement et ne pas être beaucoup plus larges que la dent elle-même. Dans ce but, il a construit des clamps de très petite dimension permettant de passer par dessus sans déchirer le caoutchouc.

En voici quelques spécimens: les uns pour les petites molaires, les autres pour les grosses.

M. Stokes nous a montré aussi un modèle d'essai de clamps différents de ceux employés aujourd'hui. Leur emploi simplifierait encore notre tâche. Grâce à ces perfectionnements, la digue pourra être employée dans un plus grand nombre de cas et la perfection du travail fait à sec, plus souvent assurée (*Applaudissements*).

M. Bioux. — Je pense qu'il est inutile d'avoir des clamps spéciaux, on peut, par le procédé qui consiste à mettre clamps et caoutchouc du coup, assurer en très peu de temps la fixation de la digue.

M. Bioux fait la démonstration du procédé.

M. Dubois. — Il est certain que la manière de faire de M. Bioux est plus simple et plus rapide que celle qui consiste à mettre la digue en premier, mais vous reconnaîtrez qu'avec les clamps de M. Stokes le travail est encore plus simple.

M. Prével présente une dent affectée d'exostose extraite à une personne à la suite de douleurs vives et intermittentes, ayant occasionné l'insomnie.

M. Dubois explique la formation de l'exostose.

M. Poinsot fait remarquer que, d'après la transparence de la racine, l'état de la personne devait être diathésique.

M. Prevel dit que la malade est âgée de 23 ans; que, quoiqu'elle ait eu la variole sept ans auparavant et des enfants morts-nés à des époques assez rapprochées, l'état de sa bouche est aussi satisfaisant que possible.

M. Poinsot explique qu'il y a eu surabondance de nutrition d'un côté et absence de l'autre, que les troubles sont partis de la pointe de la racine, que la personne ne mangeait plus sur sa dent.

MM. Dubois, Ronnet et Prével présentent quelques observations à ce sujet.

M. Poinsot présente un cas d'antéversion des incisives supérieures, les faces postérieures de ces dents sont usées jusqu'aux canaux radiculaires, le périoste se trouvant affecté également, le redressement est devenu impossible et sans résultat.

M. Poinsot pense que l'on pourrait faire une plaque d'or pour protéger les dents usées.

Le secrétaire-adjoint,

L. DE LEMOS.

Ordre du jour de la séance du mardi 25 mars.

De la résorption des racines des dents permanentes par M. Godon, observations.

De l'explosion des dents par M. Blocman, observations.

Un nouveau système de clamps par M. Barbe.

Une nouvelle forme de dent à pivot par M. Chauvin. Communications diverses.

REVUE DE L'ÉTRANGER

JOURNAUX AMÉRICAINS

(Traduction de M. Blocman). P E D P

DE LA RUPTURE DE L'ABCÈS ALVÉOLAIRE DANS L'ANTRE D'HIGMORE ET DANS LES FOSSES NASALES SIMULANT UN CATARRHE NASAL CHRONIQUE, par John S. MARSHALL (*Cosmos*, de février 1884).

Un écoulement chronique des fosses nasales est généralement considéré comme symptomatique de l'ozène. Cependant le mot ozène signifie simplement « odeur infecte » ; celle-ci peut être occasionnée par l'état morbide des voies nasales ou des cavités accessoires. Parmi les causes les plus fréquentes de l'écoulement chronique par les narines, il faut citer la syphilis, la scrofule, le lupus, les ulcérations, la carie et la nécrose des os et cartilages, l'inflammation de la muqueuse, des sinus frontaux et maxillaires et la rupture d'un abcès alvéolaire dans l'antre d'Higmore ou directement dans les cavités nasales. Il n'est pas toujours facile de reconnaître la cause de ces écoulements, le cas est particulièrement complexe lorsqu'il s'agit d'un abcès alvéolaire s'écoulant par le sinus maxillaire. En effet, l'inspection des cavités accessoires est impossible par les moyens que nous possédons, nous devons, par conséquent, baser notre diagnostic sur des signes extérieurs.

Les rapports des incisives supérieures avec les fosses nasales et ceux des molaires avec l'antre sont tels qu'un abcès développé à l'extrémité de l'une de ces racines, quelle qu'en soit la cause, peut s'écouler par une cavité ou l'autre et créer un état pathologique qui peut varier d'un écoulement léger à l'ozène le plus pernicieux. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir les racines des molaires supérieures pénétrer dans le sinus, de même le plancher des fosses nasales est souvent si mince qu'il offre moins de résistance que le bord alvéolaire externe qui est doublé par un tissu fibreux dense, la gencive.

Le plus souvent, l'écoulement d'un abcès alvéolaire s'effectue à tra vers le bord alvéolaire interne et la gencive; quelquefois il se

fait à la partie interne de l'os ou bien encore, le pus détache le périoste de la dent et vient sortir au niveau du collet. Nous avons vu plus haut par quel mécanisme l'abcès pouvait s'ouvrir directement dans les fosses nasales ou dans le sinus maxillaire.

L'inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse les cavités accessoires, quelle qu'en soit la cause, a pour premier effet l'épaississement et l'induration de cette muqueuse et par suite l'occlusion plus ou moins complète du détroit qui fait communiquer le sinus et les fosses nasales, il en résulte la rétention complète ou partielle des exsudats pathologiques. Lorsque ces exsudats trouvent une ouverture et s'échappent du sinus, ils s'écoulent par les narines et simulent un catarrhe chronique des fosses nasales au point de tromper l'examen le plus minutieux. On attribue généralement l'affection à l'inflammation de la muqueuse, tandis que le plus souvent, surtout lorsque le sinus est malade, la cause première est une mauvaise dent.

Il est donc de toute importance de déterminer avec soin les rapports qui peuvent exister entre les dents et l'affection, car une erreur est facile. On peut aisément conclure à un catarrhe des fosses nasales étendu par continuité jusque dans le sinus maxillaire.

J'ai eu maintes fois l'occasion, dans ces dernières années, de voir des gens traités depuis des mois pour un catarrhe nasal, alors qu'ils avaient une affection du sinus.

Le Dr Michel, de Cologne, passe pour avoir le premier appelé l'attention sur les affections des cavités accessoires (sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux), simulant le catarrhe nasal. Cette priorité est reconnue par le Dr Bosworth qui expose dans son ouvrage, sur « les maladies de la gorge et du nez », les mêmes idées que le Dr Michel. Cohen, dans ses travaux sur « les affections de la gorge et des voies nasales », reconnaît au catarrhe chronique la possibilité d'une origine dentaire. Le Dr D.-H. Goodurllie, qui s'est occupé de la question, mentionne le fait de l'écoulement d'un abcès du sinus par le nez.

Ce sujet, selon moi, mérite plus d'attention qu'on ne lui en a accordé jusqu'ici, car, pour moi, dans la plupart des cas, les sécrétions muco-purulentes, s'échappant par les narines et résistant aux traitements médicaux et chirurgicaux pendant un temps indéfini,

n'ont d'autre origine que l'évacuation d'un abcès alvéolaire, soit par le sinus, soit directement par la cavité nasale, ce second cas est, cependant, le plus rare.

Il ne faut pas confondre l'affection dont nous parlons avec l'abcès du sinus d'emblée. Celui-ci, beaucoup plus grave, s'accompagne au début de fièvre et de frissons et étend son action sur une large surface de l'os maxillaire et le périoste. Le pus, emmagasiné entre ces deux tissus, engendre souvent la résorption osseuse et peut se frayer une voie à l'extérieur, soit par la bouche, soit par l'orbite ou la face externe du maxillaire, défigurant ainsi le malade. Rarement, cet abcès évacue par les voies nasales.

La nécrose est une des conséquences fréquentes de l'abcès du sinus, et le D[r] Mair, de Madras, a rapporté un cas suivi de mort au seizième jour. A l'autopsie, on constata la nécrose des os maxillaire, ethmoïde, unguis, palatin et du cornet inférieur avec un abcès du cerveau.

Nous avons dit que, assez rarement, l'abcès des dents antérieures s'ouvrait directement dans les fosses nasales, nous ajouterons que, généralement, lorsque cela arrive, la sécrétion est moins abondante et sa nature moins mauvaise, car, en raison de la brièveté du trajet, il n'y a pas accumulation. Le diagnostic est donc plus facile.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'un abcès alvéolaire ouvert dans le sinus, le pus, retenu dans cette cavité, s'altère et il y a danger d'empoisonnement. La santé générale du malade s'affaiblit, il devient sombre, se tient à l'écart de la société et souvent la vie lui devient un fardeau. La sécrétion peut être très abondante au point de mouiller l'oreiller pendant la nuit et, quelquefois, en s'échappant par l'orifice nasal postérieur, elle provoque des suffocations qui éveillent le malade. Souvent le malade aura remarqué que l'écoulement se faisait toujours par la même narine et qu'il était plus abondant lorsqu'il se penchait vers le côté opposé; ce sont là des signes qui peuvent faciliter le diagnostic. Quelquefois, la sécrétion est épaisse et dégage une horrible odeur qui gêne, non seulement le malade, mais ceux qui l'entourent; ce caractère est le propre des affections syphilitiques ou scrofuleuses des voies nasales.

On devra tenir compte de la névralgie unilatérale qui est un

des symptômes du début, elle se fait généralement sentir sur tout le trajet du nerf dentaire ; plus tard, elle gagne l'orbite et la partie latérale du nez, elle redouble au froid et s'étend dans toute la région faciale et frontale à mesure que le mal fait des progrès. Les dents supérieures du côté affecté deviennent par intervalle longues et douloureuses, ce phénomène peut ne porter que sur une dent ou une racine, en même temps la sécrétion augmente. L'examen attentif de la bouche décèle presque toujours, au niveau du sinus, une racine ou une dent morte. L'organe malade est tantôt lâche, tantôt fermement enchâssé dans l'alvéole, mais, dans tous les cas, sensible à la percussion.

Lorsqu'il y a doute au sujet de la vitalité de la dent, on applique un morceau de glace, l'absence de douleur est un signe de mort.

Le Dr Marshall donne ensuite deux observations à l'appui des indications exposées plus haut et termine son intéressant article, en disant : « Dans tous les cas d'écoulement purulent par le nez, il faut toujours faire un examen minutieux de la bouche, bien des cas douteux trouveraient leur origine dans un simple abcès alvéolaire évacuant soit par le sinus, soit par les fosses nasales. »

BLOCMAN.

BIBLIOGRAPHIE

AIDE-MÉMOIRE
DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Nous donnons la liste des mots et chapitres contenus dans le volume.

Préface.

Notice historique sur l'odontologie.

1° Avant le XIXe siècle.

— XIXe siècle.

Abcès.

Abrasion.

Accidents causés par l'extraction des dents.

Accidents éloignés d'origine dentaire.

Affections dentaires et buc-

cales d'origine professionnelle.
Adénite.
Adénome.
Albuminurie.
Alvéoles.
Anémie.
Ankylose.
Anomalies dentaires.
Aphtes.
Arthritis.
Asphyxie.
Ataxie locomotrice.
Bec-de-lièvre.
Bégaiement.
Bouche.
Brûlures.
Calculs salivaires.
Cancer.
Cancroïde.
Carie dentaire : du 1er degré.
— du 2e —
— du 3e —
— du 4e —
Constriction des mâchoires.
Corps étrangers engagés dans les voies digestives et aériennes.
Coryza.
Cœur.
Dentition (formation, éruption et évolution).
Dentition temporaire (accidents causés par la).
Dentition permanente (dangers à éviter lors de l'apparition de la).
Dents (maladies des).
Dent de sagesse (accidents causés par l'évolution et l'éruption vicieuse de la).
Diabète sucré.
Eclampsie.
Empoisonnements :
— phosphore.
— acide arsénieux.
— aconit et aconitine.
— chlorate de potasse.
— cuivre.
— plomb.
— mercure.
— acide sulfurique.
— acide nitrique.
— nitrate d'argent.
— chlore.
— acide chlorhydrique.
— iode.
— iodure de potassium.
— acide phénique.
Epilepsie.
Epithelioma.
Epulis.
Erosion dentaire.
Estomac (conséquences des maladies de l'estomac sur les dents et les gencives).
Exostoses des dents.
— des mâchoires.
Erysipèle.
Fétidité de la bouche, de l'haleine.
Fièvres (leurs conséquences sur le système dentaire; hygiène des).
Fistules : 1° muqueuse.
— 2° cutanée.
— 3° salivaire.
Fluxion.

Fracture des dents.
Fongosités.
Glandes.
Gangrène de la bouche.
Gingivites.
Goutte.
Gravelle.
Grenouillette.
Glossite.
Gelure.
Hémophilie.
Hémorragie.
Hémostase.
Joue.
Kystes folliculaires.
Kystes périostiques.
Kystes des mâchoires.
Langue (ulcérations, tumeurs et affections de la).
Lèvres (affections des).
Luxation des dents.
Luxation de l'articulation temporo-maxillaire.
Maxillaires : 1° inférieur.
— 2° supérieur.
Muguet.
Nécrose.
Nécrose phosphorée.
Névralgie.
Odontalgie.
Odontomes.
Ossification de la pulpe.
Ostéo-périostite.
Oreillon.
Périostites :
1° périostite aiguë.
2° périostite chronique.
3° tumeurs du périoste.
Piqûres anatomiques.
Polypes naso-pharyngiens.
Ptyalisme.
Résorption des alvéoles.
Résorption des racines.
Scorbut.
Scrofule.
Séquestre.
Stomatite.
Syncope.
Traumatisme.
Tumeurs.
Tartre.
Zona.

DEUXIÈME PARTIE

Thérapeutique, Hygiène, Dentisterie opératoire.

Anesthésie générale.
Anesthésie locale.
Coiffage de la pulpe.
Dent à pivot.
Examen de la bouche.
Empreintes (prise des)
1° à la cire.
2° au godiva.
3° au plâtre.
Extraction des dents.
Formules.
Gargarismes.
Hygiène dentaire et buccale.
Nettoyage de la bouche.

Obturations :
1° à la gutta-percha.
2° avec ciments.
3° amalgame.
4° étain.
5° or mou.
6° or adhésif.
7° or en éponge ou cristallisé.
Redressements.
Réparations d'urgence.
Réimplantation.
Transplantation.
Bibliographie.
Revue de l'année.
Renseignements d'utilité professionnelle.
Liste des dentistes exerçant en France.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les bons résultats obtenus dans des expériences récentes faites à l'Ecole Dentaire avec un nouveau produit, la *Paraldéhyde*, seront relatés dans le numéro prochain. P. P.

EMPLOI DE LA SOLUTION DE CHLORAL COMME DÉSINFECTANT ET COMME TOPIQUE DANS LES PLAIES DE LA BOUCHE

Depuis quelques années, M. Perier emploie constamment la solution aqueuse du chloral pour combattre les inflammations buccales ou pour prévenir les accidents qui succèdent au traumatisme intéressant la bouche. Il avait d'abord utilisé dans ce but l'eau alcoolisée puis il l'a abandonnée. En effet pour avoir une action désinfectante assez puissante sur les plaies, l'eau doit contenir une assez forte proportion d'alcool et dès lors elle est beaucoup plus irritante que la solution de chloral. Celle-ci possède en outre, vu la nature du chloral, une véritable vertu sédative.

Si une plaie accidentelle ou chirurgicale plus ou moins profonde communique avec la cavité buccale, M. Périer prescrit des lavages ou des rinçages toutes les deux heures en moyenne. En outre un lavage très soigné doit être fait après ingestion d'aliments solides ou liquides. Ce lavage après le repas est absolument de rigueur, car il est nécessaire de ne pas permettre aux matières putrescibles de rester en contact avec la surface dénudée. Si la

plaie est anfractueuse, le lavage sera fait avec un irrigateur. Mais il faudra se garder d'employer toute la pression. Il suffit d'avoir un jet qui entraîne tous les corps étrangers. On s'en assurera en regardant avec soin les débris du lavage. Toutes les fois que ces soins ont pu être appliqués, M. Périer n'a observé aucun accident, et cela dans des cas très graves ,dans des résections de maxillaires, fractures des os et de la mâchoire.

(Extrait du *Moniteur de thérapeutique*, 3 mars 1884.)

Une excellente formule, pour les cas de coiffage lorsqu'il y a exposition de la pulpe par accident mécanique, est :

Oxyde de zinc.........	Q. S.
Chloroforme..........	ââ 5 gram.
Teinture d'iode.......	

M.

En pâte liquide ; déposez une ou deux gouttes, après avoir posé la digue, laissez sécher Obturer au phosphate ou oxyde de zinc le quart de la cavité et aurifiez à la même séance.

---

63. MIXTURE CONTRE LE CORYZA AIGU. HAGER.

M. Hager préconise la formule suivante contre le corysa aigu :

Acide carbolique (lisez phénique).....	5 grammes
Alcool rectifié......................	15 —
Liqueur ammoniacale caustique.......	5 —
Eau distillée.......................	10 —

F. S. A. et renfermez dans un flacon bien bouché à l'émeri, sans cela le médicament s'altère très vite. — Il s'agit de respirer ce mélange à même le flacon par les narines et même par la bouche, s'il y a un commencement d'angine, cas assez fréquent. Si on se trouve au premier début de la maladie, elle disparait en quelques heures. Si on est dans la période la plus aiguë, dès les premières heures, il y a un changement complet, mais il faut persister et faire ces inhalations une à deux minutes toutes les heures, jusqu'à ce que l'on ne sente plus aucun mal. On peut inspirer assez fortement; on sent à peine dans les fosses une légère cuisson ; quant à l'odeur de l'acide phéniqu", nulle d'abord, elle do-

mine lorsque le mal a presque disparu. — D'après M. Hager, c'est là un moyen infiniment plus efficace que les inspirations d'iode, qui n'agissent absolument qu'au premier début et sont beaucoup plus désagréables.

NOUVELLES

Société de médecine de Lyon. — Dans sa séance de lundi dernier, la Société de médecine de Lyon a accordé à M. Martin, dentiste, une première médaille d'or, juste récompense de son zèle pour la science et des sacrifices considérables qu'il a faits pour installer un magnifique appareil à anesthésie par le protoxyde d'azote qui a permis aux chirurgiens lyonnais de se rendre compte des avantages et des inconvénients de cet agent anesthésique.

Dentistiana. — Il faut croire qu'il reste encore quelque chose à faire pour l'éducation professionnelle d'un certain nombre de confrères. Une maison de travaux à façon recevait dernièrement la demande suivante : Veuillez me dire combien coûte le cent de crochets pour adapter aux pièces de caoutchouc ?

CORRESPONDANCE DES ETATS-UNIS

M. le professeur Poinsot veut bien nous communiquer une lettre d'un confrère français pratiquant en Amérique. Les remarques de notre compatriote sont trop justes pour que nous n'en fassions pas profiter nos lecteurs.

Il est à espérer que le dentiste français, par ses écoles, ses sociétés et ses journaux se relèvera dans la considération du public. Ne croyez-vous pas, cher docteur, que si nos confrères, au lieu de se retrancher dans leurs cabinets, s'assemblaient plus souvent et se faisaient un honneur de se distribuer mutuellement les petites lumières que l'expérience leur a apportées ; que si, au lieu de ne livrer à la publicité, dans leurs journaux, que des dissertations scientifiques qui sont plutôt du domaine de la médecine générale, ils publiaient ce que nous appelons les petits secrets du métier, la

profession à laquelle nous sommes fiers d'appartenir ne sortirait pas de l'ornière, où l'ignorance comme le charlatanisme l'a plongée?

Ici, aux Etats-Unis, c'est un honneur d'être dentiste, les clients vous respectent, vous décorent du titre de docteur et ne viennent pas vous consulter parce que, poussés par une rage de dents, ils se livreraient volontiers au premier forgeron venu. Nos patients nous arrivent dès qu'ils s'aperçoivent de la présence d'une dent cariée. Ils ont en vous une confiance illimitée et l'idée ne leur viendrait jamais à l'esprit que, sous le prétexte d'ouvrir une carie *fissurale* dans une petite molaire, vous leur forez un trou, dans la dent, dans le seul but de profiter pécuniairement de leur ignorance. La profession du dentiste est relativement aisée dans ce pays; nous avons plus de succès parce que nous avons moins de cas désespérés et plus de chances de suivre un traitement préventif. Notre tâche est facile : nous avons les meilleurs patients du monde, du moins les plus confiants. Ce résultat est obtenu parce que les dentistes américains connaissent mieux leur spécialité que leurs confrères européens, et cela parce que nous avons des sociétés de dentistes où tous les petits secrets de métier sont révélés par leurs propriétaires, revus, corrigés et augmentés par la profession, et parce que nous avons un nombre infini de journaux qui contiennent moins d'essais sur de trop grandes questions pour le dentiste et plus d'informations d'intérêt vraiment pratique.

. . . .

Mais, grâce à Dieu, Paris a une Ecole Dentaire et des journaux, c'est le premier pas et c'est le seul qui coûte ; les dentistes français qui ont fait de la dentisterie à la malcontent, sous peine de se voir devancer par les jeunes diplômés de l'Ecole Dentaire, devront sortir de leur trou et chercher plus de lumière dans les associations professionnelles, les livres et les journaux; et nos jeunes praticiens dentistes de France, plus libéraux que ceux d'autrefois, se feront un honneur de publier leurs connaissances, de mettre à la portée de tous les bons résultats acquis par leurs travaux et leur expérience. J'ai bon espoir que le jour est proche où le dentiste sera considéré comme tous les *bons dentistes* méritent de l'être, c'est-à-dire comme des spécialistes instruits.

L'Administrateur-Gérant : Paul DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, imp. breveté, 18, passage des Deux-Sœurs.

VOL. 4. Paris, 1er Avril 1884 N° 4.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR AVRIL 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE

PROTHÈSE

OBSERVATIONS PAR M. HEIDE D. E. D. P. — BEC-DE-LIÈVRE OPÉRE ; DIVISION DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Depuis Ambroise Paré on a tenté d'obturer par un palais artificiel les divisions palatines congénitales ou acquises. Il n'est pas dans notre intention de parler de tous les essais successifs qui furent faits pour remédier à cette grave infirmité. Cette petite notice ne comporte pas un tel travail ; pourtant nous avons dû nous préoccuper des tentatives de nos devanciers, et exposer en quelques mots ce qui a été fait jusqu'ici.

Jusqu'au siècle dernier les appareils étaient si imparfaits que chirurgiens et malades renonçaient aux appareils prothétiques dans le cas qui nous occupe.

Ce fut probablement Delabarre qui introduisit dans la pratique l'usage du palais mou et articulé. Bien que son appareil eût des défauts sérieux, Delabarre avait fait faire un grand progrès à cette partie de l'Art dentaire.

Snell, de Londres, en 1823, fit un appareil ne modifiant que fort peu celui de son devancier.

C'est au Dr Stearn, dentiste affecté d'une division congénitale et qui avait été opéré plusieurs fois sans succès, que nous devons le perfectionnement le plus important dans la construction de ces appareils. Avec l'aide de M. Goodyear qui faisait alors des essais avec le caoutchouc, il construisit pour son usage un obturateur qui était une merveille d'ingéniosité quoique assez compliqué.

En 1837, M. Sercombe s'occupa sérieusement du même objet. Dix ans après M. Parkinson, de Londres, décrit son appareil qui n'est qu'une modification heureuse de celui du Dr Stearn. Il avait fixé une languette en caoutchouc sur la plaque par une charnière ; cette baguette s'appliquait sur la partie intérieure des piliers, sur la face nasale elle avait un ressort à boudin, qui la maintenait en place et l'empêchait de tomber.

Plus récemment, MM. Coles et Kingsley, mais surtout le dernier, perfectionnèrent considérablement la construction des obturateurs avec ou sans voiles mobiles, le dernier surtout fit une série de restaurations faciales et palatines, telles que peu de praticiens en ont eues. La charnière et même le voile mobile ont été employés par lui.

Une médaille d'or, accordée par la Convention de Saratoga et l'*Odontographical Society of Pensylvania*, a été la récompense de ses beaux et nombreux travaux.

Les qualités du caoutchouc vulcanisé, sa plasticité, sa légèreté, sa ductilité, sont des plus précieuses pour les restaurations palatines, et son emploi a de beaucoup simplifié la tâche.

L'obturateur simple est relativement facile, étant d'une seule pièce rigide, il n'offre pas les difficultés de la restitution du voile, qui doit, dans les mouvements de phonation et de déglutition, s'élever et s'abaisser. Le voile en caoutchouc mou, relié par une charnière au corps de la pièce, remplit quelques-unes des conditions, il est mobile, cela ne suffit pas, car il ne suit pas tous les mouvements de la partie du voile adhérant aux piliers, et pour obtenir une mobilité, une adaptation absolue dans tous les déplacements du voile, j'ai fait une petite modification aux types classiques : en superposant deux languettes en caoutchouc mou, ces languettes se touchent à leur partie centrale et s'écartent quelque peu sur leurs bords formant ainsi une échancrure devant recevoir les bords libres des piliers. Grâce à cette modification, le voile

artificiel fait tous les mouvements d'élévation et d'abaissement que font les parties restantes du voile adhérentes aux piliers. La phonation, la déglutition, sont aussi parfaites que possibles. La fatigue, l'irritation traumatique, ne se produisent pas.



Observation I. — Au mois de mars 1883 M. H..., garçon de quatorze ans, présentant la malformation indiquée ci-dessus se présentait à l'Hôpital dentaire.

La division palatine de forme ovalaire mesure près de deux centimètres dans son plus grand diamètre. Cette division commence du côté gauche entre la grande et la petite incisive, elle intéresse l'arcade alvéolaire, la voûte palatine et le voile du palais. On aperçoit par la bouche le cornet inférieur et le vomer; les deuxièmes grosses molaires supérieures et inférieures n'existent pas. Il reste une racine de la grande incisive de première dentition, la grande incisive gauche est en travers, la petite incisive du même côté présente la même direction et est affectée d'une carie du quatrième degré.

Le bec-de-lièvre avait été opéré pendant la première enfance.

Traitement. — Extraction de la racine de la grande incisive, section de la petite incisive; traitement et obturation de son canal.

La construction d'un voile du palais artificiel est décidée. Il est fait en caoutchouc mou, uni par une charnière à la plaque en caoutchouc dur destinée à obturer la solution de continuité de la voûte palatine. Pensant qu'il était bon de faire suivre à ce voile artificiel les mouvements des piliers, je construisis cette partie de l'appareil avec une languette supérieure et une inférieure et pre-

nant les bords libres du voile divisé entre ces languettes. Le résultat est tout à fait satisfaisant, le voile artificiel suit les mouvements des piliers très facilement, il ne les fatigue pas même pendant la déglutition. Il isole parfaitement pendant les mouvements le pharynx des fosses nasales.

Aussitôt après l'application de cet obturateur, on remarque une grande amélioration dans la phonation et les aliments ne s'engagent plus dans les fosses nasales.

Par ce procédé on peut reconstituer le voile du palais sous sa forme, sous son étendue tout en lui laissant sa mobilité naturelle.

Observation II. — Au mois d'avril un deuxième cas s'est montré, et j'ai fait un appareil analogue au précédent et avec le même succès.

Ce sujet avait vingt-quatre ans; il peut maintenant siffler et faire passer un fort courant d'air par la bouche sans qu'il en sorte par le nez.

La figure ci-dessus montrera la construction de l'appareil.

PERIOSTITE CHRONIQUE. — FISTULE CUTANÉE SUS-MAXILLAIRE. HYPERTROPHIE CÉMENTAIRE, par M. le Dr Dupas.

Mme G... est une femme de 53 ans, exerçant la profession de journalière, qui se présente à l'Hôpital dentaire pour une fistule siégeant au niveau de l'aile externe du nez.

Elle ne présente rien à noter du côté des ascendants ; ses parents ont toujours joui d'une bonne santé; sa mère a actuellement 90 ans et pas d'infirmités ; son père est mort à 75 ans d'un accident.

Cette femme a toujours été bien portante. Dans son enfance, elle n'a subi les atteintes d'aucune affection si commune à cet âge ; mais elle n'a aucun souvenir des phénomènes de son évolution dentaire. Elle n'a jamais éprouvé une privation quelconque; sa nourriture a toujours été saine et abondante ; son habitation bien aérée et sans humidité, et le travail qui la fait vivre, n'a jamais été excessif.

A 12 ans les règles apparaissent, simplement, sans accidents, et ont toujours présenté une régularité parfaite, tant au point de vue de la durée, qui était de quatre ou cinq jours, qu'au point de vue du retour périodique.

Elle se marie à 18 ans et, un an après, elle a un premier enfant, et elle en eut encore cinq autres, un tous les ans. De ces six enfants, cinq sont morts, dans les premiers mois de la vie, de convulsions ou « d'épanchement au cerveau », comme elle dit : le sixième est une jeune fille, qui a actuellement 29 ans et n'a jamais été malade.

Les accouchements, ainsi que les suites de couches, furent normaux ; mais les grossesses furent le point de départ d'accidents du côté des dents. A chaque grossesse, elle éprouvait une odontalgie persistante, mais pas de fluxion, pas d'abcès. Les phénomènes fluxionnaires ne survenaient qu'après l'accouchement, et c'est ainsi qu'elle se fit extraire sept dents, dont on n'enleva que les couronnes. Les racines s'ébranlèrent peu à peu et tombèrent d'elles-mêmes dans la suite à des intervalles inégaux.

En 1870, la canine supérieure droite devient sensible sans douleur violente. Un an après le début de l'odontalgie, apparaît une fluxion considérable et consécutivement un abcès, qui s'ouvre au sommet du sillon jugo-nasal droit. Cette fistule suppure pendant trois ans, puis se ferme, laissant une cicatrice pour témoigner de son existence. Actuellement, il reste encore la racine, dont le périoste suppure toujours.

En 1879, la canine supérieure gauche commence à se carier; la malade éprouve une sensibilité continue, obtuse, mal définie, « des picotements », comme elle dit ; mais elle ne sent ni le chaud, ni le froid, il n'y a pas d'exacerbation la nuit pour l'empêcher de dormir, pas de rage de dents et pas trace de fluxion.

Un an environ après le début de la douleur, elle ressent des élancements, la dent devient plus sensible, elle lui paraît allongée, et une nuit elle se réveille avec une fluxion peu intense, qui engendre quelques jours après un abcès s'ouvrant à la gencive. Dès lors, tous les symptômes qui existaient disparaissent; la suppuration dure huit jours, et tout semble rentré dans l'ordre, à tel point que la malade se croit guérie, et peut même se servir de sa dent pour la mastication. Cette accalmie dure quinze jours et,

au bout de ce laps de temps, il se fait une nouvelle poussée fluxionnaire du côté gauche de la face ; la peau devient tendue, luisante, douloureuse à la palpation et aux mouvements de la mâchoire, surtout en un point situé au niveau du sommet du pli jugo-nasal gauche. C'est là que le pus parvient à se frayer une issue, établissant ainsi un long trajet fistuleux, qui persiste encore. A partir de ce moment, nous assistons à une série de phénomènes, qui se reproduisent dans un ordre bien défini. Tous les quinze jours, il naît une fluxion du côté gauche de la face, puis la suppuration augmente d'abondance et au bout de quatre à cinq jours la période d'apaisement revient, pour être suivie à nouveau de fluxion, etc. De cette sorte, nous arrivons jusqu'au 22 férier 1884, jour où elle se fait extraire sa dent chez elle.

C'est le lendemain qu'elle se présente à la Clinique. Mme G... est une femme de taille ordinaire, bien constituée, brune, les cheveux légèrement gris, avec un teint mat, un peu jaune, qu'explique facilement une suppuration abondante et prolongée. Malgré ses misères, elle a toujours conservé son appétit. Elle est bien nourrie dans les maisons où elle travaille, et son habitation est saine. En somme, pas trace de misère physiologique.

Si nous examinons la bouche, voici l'état dans lequel nous la trouvons : A la mâchoire inférieure, il manque, à droite, la première grosse molaire et sa voisine, la deuxième petite molaire ; à gauche, les deux premières molaires. A la mâchoire supérieure, il y a à droite deux grosses molaires d'absentes, et à gauche une seule, la première. Nous avons déjà dit que la canine supérieure droite ne possède plus que la racine dont le périoste suppure depuis 14 ans. La canine gauche, celle qui fait l'objet de cette observation, a laissé, après son extraction, une cavité large et profonde. Un léger rebord alvéolaire sépare cette dent de la première petite molaire et tout le reste de l'alvéole, c'est-à-dire les parois antérieure, interne et postérieure, a disparu par ostéite raréfiante, de telle sorte que l'incisive latérale gauche n'est séparée de la cavité de la canine que par l'épaisseur de son périoste et est nécessairement vacillante.

L'alvéole de la première petite molaire supérieure gauche séparée, comme nous l'avons dit, par un reste de cloison interalvéolaire, qui n'a pas été détruite, a son périoste en pleine suppuration.

Elle est enlevée par M. le professeur Poinsot, et présente des phénomènes que nous allons tout à l'heure comparer avec ceux de la canine.

Le traitement, une fois les racines enlevées, a consisté en injections au chlorure de zinc très dilué. Trois fois par jour, on lavait avec soin la cavité suppurante, et on laissait à demeure un tampon de coton imbibé de la même solution. Aussi, la cavité s'obture peu à peu et marche rapidement vers la guérison.

Examen macroscopique de la canine. — La couronne de la canine ayant entièrement disparu jusqu'au collet, il ne reste que la racine qui présente une coloration jaunâtre, rappelant, à s'y méprendre, le tissu osseux. Elle a une longueur de deux centimètres et deux centimètres aussi de circonférence, aussi bien au sommet qu'à la base. La surface est généralement lisse et polie; néanmoins, près de la base, on trouve deux saillies rugueuses, composées de feuillets superposés et parfaitement séparés ; et tout près une dépression cupuliforme à fond uni.

La consistance est augmentée, et en faisant un trait de scie au milieu de la longueur, on trouve une résistance plus considérable qu'à l'état normal. Cette section, qui a 7 millimètres de diamètre environ, présente au centre un canal radiculaire bien apparent. En dehors, se trouve une zone de trois millimètres de diamètre, qui présente une couleur grise, diaphane, sauf en deux points qui forment deux triangles blanc nacré, dont les sommets se touchent, et dont les bases s'étalent sur la couche la plus externe ou couche cémentaire. Celle-ci est d'un jaune uniforme et offre une épaisseur d'un millimètre et demi dans tous les sens.

En regard de cette hypertrophie cémentaire, que les auteurs appellent exostose, nous pouvons placer les phénomènes que l'on trouve sur la dent voisine, dont le périoste était également atteint d'inflammation chronique. C'est la première petite molaire; elle a deux racines, et chacune n'offre plus que deux millimètres de longueur. Le cément a été détruit presque entièrement, — il n'en reste qu'une mince couche au-dessous du collet — et le reste est formé par de la dentine.

Réflexions. — Je rapprocherai de cette observation un cas à peu près semblable, que je dois à l'obligeance de M. Ronnet, chef de clinique, et que je résume ainsi :

Mme B..., marchande de journaux, est âgée de 59 ans; bonne santé, pas d'antécédents morbides. A 29 ans, la dent de sagesse supérieure gauche commença à percer la gencive, et à mesure que s'opérait l'éruption, elle était envahie par une carie à marche rapide. Bientôt survint une odontalgie violente, qui la détermina à se faire extraire la dent malade. Le dentiste brisa la couronne et laissa la racine. Quelque temps après, survint une fluxion considérable de tout le côté gauche de la face. Un abcès se fit jour au fond du vestibule de la bouche, et, depuis lors, la fistule ne se tarit plus; mais il y a eu perforation du plancher du sinus maxillaire, puis suppuration abondante de la muqueuse, de telle sorte que, de temps en temps, il y avait du jetage par la narine gauche. Les choses restèrent en cet état pendant environ 30 ans. Au mois de février 1884, elle fut prise de douleurs violentes au niveau de la tubérosité maxillaire, et vint à l'Ecole où M. Ronnet put extraire la racine. Elle présente une exostose rugueuse, pleine d'aspérités et d'enfoncements, le tout formant une masse grosse comme une noisette.

Ces deux observations ont ceci de remarquable que nous y trouvons à peu près la même série de phénomènes : carie pénétrante, périostite alvéolo-dentaire phlegmoneuse, fistule, suppuration prolongée et formation de nouvelles couches cémentaires.

L'exostose n'est pas une maladie rare, surtout chez les vieillards, où le cément augmente normalement de volume. Elle se fait ordinairement sans suppuration, c'est une simple anomalie de nutrition, il y a hypergénèse du cément.

L'exostose avec suppuration se recontre également d'une façon relativement fréquente; mais alors on doit se poser cette question : la suppuration est-elle la conséquence de l'exostose, qui détermine une périostite chronique; ou, au contraire, l'exostose est-elle le résultat de la périostite chronique ?

Le premier cas doit se présenter le plus souvent, et l'autre n'être que l'exception, puisque Magitot, dans son article DENT, du *Dictionnaire encyclopédique*, ne signale pas la carie avec périostite chronique comme cause de l'exostose. James en parle, mais sans insister, alors qu'il développe abondamment les autres causes. Or, les deux cas que nous rapportons ne peuvent laisser aucun doute : la carie est le point de départ de tous les accidents.

Nous fixerons également l'attention sur ce fait, c'est que la canine est atteinte d'hypertrophie cémentaire, tandis que la petite molaire, sa voisine, envahie comme elle par la périostite chronique, présente une nécrose par exfoliation insensible, qui a fait disparaître presque entièrement les deux racines, ivoire et cément. D'ailleurs, la nécrose est la règle dans les suppurations prolongées.

Enfin, nous croyons que la grossesse doit être rangée au nombre des causes qui altèrent la nutrition des dents. A chaque grossesse, en effet, Mme G... est prise d'odontalgie, qui ne cesse pas, et nécessite l'extraction d'un grand nombre de dents.

D'ailleurs, notre confrère et excellent ami, le Dr Didsbury, a prouvé dans une thèse remarquable l'influence de la grossesse sur le développement des gingivites, et tout le monde sait combien la gingivite provoque de caries dentaires.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

—

Séance du mardi 18 *février* 1884

Présidence de M. Poinsot, vice-président

La séance est ouverte à neuf heures.

Quarante-deux membres assistent à la séance et de nombreux auditeurs.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Poinsot donne la parole à M. le Dr Aguilhon de Sarran, pour sa communication sur *la présence de vaisseaux sanguins à l'extrémité des racines dentaires.*

M. le Dr Aguilhon de Sarran déclare que depuis longtemps il désirait apporter son concours à l'École dentaire de Paris qui, en créant en France l'enseignement de l'odontologie, a déjà rendu à la profession de si nombreux et de si importants services; mais il a voulu se présenter les armes à la main.

Il apporte aujourd'hui les résultats de ses recherches, qu'il se propose de continuer, dans le but d'en faire profiter ses confrères.

M. le Président remercie l'orateur et lui souhaite la bienvenue dans la Société.

M. le Dr Aguilhon fait alors sa communication (que l'on trouvera reproduite *in extenso* plus loin).

M. Poinsot fait remarquer que M. le Dr Lemercier, dans sa *Dent iconographique stratifiée*, avait déjà indiqué à l'extrémité des racines un amas considérable de petits vaisseaux. M. Aguilhon répond qu'effectivement le fait avait déjà été signalé par Koliker, mais qu'ils avaient considéré ces petits vaisseaux comme des canaux de Havers.

Il s'étend sur les déductions pathologiques que l'on peut tirer de sa communication, dans la périostite principalement, ainsi que dans la réimplantation.

Une discussion, à laquelle prennent part plusieurs membres (MM. Poinsot, Ronnet, etc., etc.), s'engage à ce sujet.

M. Poinsot cite le fait d'une dent réimplantée sur M. Ronnet après résorption des racines, résorption qu'il attribuait à une diathèse rhumatismale.

M. Aguilhon de Sarran fait passer sous les yeux des membres de l'Association qui l'examinent à l'aide du microscope, une série de préparations venant donner la preuve de ce qu'il a avancé dans sa communication.

M. le Dr Aubeau, après avoir remercié le Dr Aguilhon de Sarran de son intéressante communication, prend la parole pour faire part à l'association de ses recherches sur l'*anesthésie* prolongée à l'aide du *protoxyde* d'azote *sous pression* et mélangé avec l'oxygène.

(Cette communication a paru *in extenso* dans le numéro de mars 1884 de l'*Odontologie*.)

Après avoir fait brièvement l'historique de la découverte du protoxyde d'azote et de ses propriétés, le Dr Aubeau, à qui ses travaux spéciaux à l'École Dentaire ont donné tant d'autorité pour parler en la matière, rend compte des résultats obtenus avec ce gaz, d'après les méthodes ordinaires, puis la découverte de Paul Bert; enfin il donne le résumé de ses travaux et des résultats qu'il a obtenus.

Il prie les membres de l'Association de vouloir bien monter au laboratoire de *physiologie* de l'école et, séance tenante, il renouvelle devant eux ses expériences.

Il endort à différentes reprises un chien pendant des périodes de temps allant jusqu'à 35 minutes, avec du protoxyde d'azote et de l'oxygène mélangés dans des proportions variant avec la durée d'anesthésie que l'ont veut obtenir.

M. Godon demande à remettre à une autre séance sa communication sur la *résorption* des racines des dents permanentes.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire général,
Ch. Godon.

VAISSEAUX SANGUINS DES RACINES DENTAIRES

PAR LE Dr AGUILHON DE SARRAN

J'ai observé sur les racines des dents de l'homme et des mammifères, une particularité anatomique qui, je crois, n'a pas encore été signalée. Ce sont des vaisseaux qui, partis de la membrane alvéolo-dentaire, traversent le cément et l'ivoire, et se rendent à la pulpe. Kœlliker en fait mention; encore les considère-t-il comme des canaux de Havers: « Dans les dents des jeunes sujets, « dit-il, lorsque le cément a son épaisseur normale, on ne trouve « point de canalicules de Havers; dans les dents des vieillards, au « contraire, dans les molaires surtout, et lorsqu'il y a hyperostose, « ces canalicules se montrent très fréquemment; on les voit, « dans ces cas, pénétrer au nombre de un à trois au plus dans « le cément, où ils se divisent deux ou trois fois, et se terminent « en cul-de-sac. » Salter ajoute que dans quelques cas ces canaux s'étendent dans l'ivoire et s'ouvrent dans les cavités dentaires.

Cependant ces vaisseaux existent toujours, non-seulement chez l'homme, mais chez les animaux, et dans les préparations que j'ai l'honneur de vous présenter, il est facile de se rendre compte de leurs dispositions.

Ils partent des branches vasculaires contenues dans la membrane qui unit le maxillaire à la dent, et traversent le cément et l'ivoire

pour aller former dans la cavité de la pulpe les gros vaisseaux qui longent ses parois.

Ils sont assez nombreux (8 à 10 de chaque côté), et occupent une hauteur de 2 à 3 millimètres à partir du sommet de la racine. Dans une de ces préparations il en est un, isolé, très éloigné des autres, situé vers le premier tiers de la racine et traversant toute l'épaisseur de l'ivoire. Ce cas semble anormal. On aperçoit aussi des cellules conjonctives, colorées par du carmin diffusé, analogues à celles de la tunique externe des autres branches du système vasculaire sanguin.

Ces vaisseaux ne se rencontrent que sur les côtés de la dent qui correspondent au diamètre transversal suivant une ligne dirigée de l'intérieur à l'extérieur de la cavité buccale.

Au point de vue anatomique il résulte de ces faits, très faciles à constater, que la plus grande partie des vaisseaux de la pulpe dentaire sont fournis, non par la branche de la maxillaire qui traverse le canal dentaire, mais par les grosses branches que l'on voit bien au fond de l'alvéole, au nombre de deux à trois, venant aussi de la maxillaire, et distribuant le sang en même temps aux parois de l'alvéole et à la gencive. Quant aux branches décrites par les auteurs sous les noms de veine et artère dentaires, elles sont très grêles et semblent destinées à accompagner le nerf dentaire au centre de la pulpe et dans ses ramifications. Elles s'anastomosent ensuite aux vaisseaux ci-dessus décrits, le long des parois de la cavité dentaire.

Au point de vue pathologique, la connaissance de cette disposition est des plus importantes. Elle donne la clef de la persistance de certains accidents inflammatoires dont l'observation clinique a fait trouver le remède sans en donner la pathogénie exacte : ce sont les *abcès* et *fistules dentaires*, et le processus morbide désigné à tort sous le nom de *périostite* ; car il n'y a pas de périoste alvéolo-dentaire, mais un coussin fibreux très dense dont le tissu propre ne s'enflamme jamais.

Dans la presque totalité des cas, ces accidents sont le résultat de la mortification de la pulpe, dont le tissu ne s'élimine point et se transforme sous l'influence de la fermentation putride en produits irritants. Or, il est aisé de comprendre avec quelle facilité ces matières peuvent traverser des canaux à parois rigides, comme

ceux qui contiennent les vaisseaux que je viens de signaler. En outre, les régions voisines étant très vasculaires se gonflent et s'affaissent alternativement, faisant ainsi l'office d'une véritable pompe. C'est pour cette raison que les accidents sont plus aigus et plus rapides dans leur développement lorsque la cavité de la pulpe communique avec l'air extérieur. L'inflammation envahit alors les cavités très nombreuses dont les parois alvéolaires sont creusées pour recevoir les ramifications de l'artère maxillaire. Des abcès se forment autour du sommet de la racine, et la suppuration détruit ses adhérences.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

—

Séance du 8 mars 1884

NOTE SUR UN CAS DE SIALORRHÉE D'ORIGINE NERVEUSE, par MM. GILLES DE LA TOURETTE ET BOTTEY, internes des hôpitaux.

L'hypersécrétion de la salive n'est pas un phénomène rare chez les individus qui souffrent d'une affection nerveuse : on a pu l'observer dans certains cas de lésions cérébrales, mais il est de notoriété commune qu'elle se montre assez fréquemment, dans les maladies qui intéressent le bulbe — l'ataxie locomotrice, la paralysie labio-glosso-laryngée — pour occuper une place notable dans leur symptomatologie. Dans la grande majorité de ces cas, toutes les glandes salivaires participent à cette hypersécrétion, et il est rare que le liquide recueilli vienne assez particulièrement d'une glande à l'exclusion d'une autre pour que son examen puisse permettre de déterminer avec précision la composition du liquide parotidien ou sublingual par exemple. Il en est de même, lorsque par l'emploi d'agents thérapeutiques, et parmi ceux-ci le jaborandi, on détermine une sialorrhée à laquelle participent toutes les glandes salivaires. Le cas que nous rapportons nous a paru réaliser, au point de vue particulier de la parotide, l'expérience bien connue de Claude Bernard sur la glande sous-maxillaire du chien : l'impossibilité dans laquelle on se trouve de

déterminer expérimentalement chez l'homme de tels effets physiologiques, nous a engagé à en publier la relation.

Il s'agit, dans la circonstance, d'un homme âgé de 26 ans, exerçant la profession de garçon boucher, de constitution vigoureuse, ne présentant pas d'antécédents pathologiques héréditaires. Il n'est ni syphilitique ni alcoolique et n'a jamais souffert que de rares maux de tête survenant à intervalles éloignés. Vers le mois de novembre 1883 il a été envahi par une loquacité insurmontable. Depuis cette époque, sans cause appréciable, il parle tout haut ou à voix basse, disant tout ce qui lui vient à l'idée et accompagnant ses actes d'un verbiage continuel. Bien que ses actes soient toujours sensés, cette loquacité est devenue tellement désagréable, qu'il ne trouve plus à s'employer dans le métier qu'il pratique.

Cette bizarre affection le conduit à l'hospice de la Salpêtrière le 14 février 1884, et bien que, suivant lui, son état se soit amélioré, il est facile, les jours suivants, de l'entendre parler seul d'une façon plus ou moins compréhensible. Les facultés intellectuelles sont du reste intactes, de même qu'il n'existe aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité.

Le 18 février, à six heures du soir, sans que le malade se soit exposé au froid, sans cause provocatrice d'aucune sorte, surviennent subitement des douleurs très vives, à caractère lancinant, dans la région parotidienne droite, irradiant dans toute la partie droite de la face et jusque dans l'oreille du même côté. Ces douleurs sont si vives, qu'il est obligé de se tenir la tête sous un courant constant d'eau froide. Presque aussi subitement la bouche se remplit de salive, et pendant que la partie droite de la face est couverte de compresses imbibées d'eau froide, le malade tient sous sa bouche un crachoir qui est bientôt rempli de liquide salivaire qui s'écoule constamment le long de la commissure labiale. Il est facile de constater que la *région parotidienne* est le siège d'une notable augmentation de volume, qu'il existe un peu de rougeur de la peau sans empâtement, et que la température locale y est légèrement augmentée. *Les autres glandes salivaires sont entièrement indemnes de tout phénomène particulier.* Il n'existe aucun trouble du goût, de l'ouïe, de l'odorat ou de la vue. Vers dix heures du soir les phénomènes douloureux disparaissent subi-

tement, la sialorrhée s'arrête et le malade s'endort : la région parotidienne reprend son volume normal.

Le lendemain matin 19 février, à huit heures, réapparition de phénomènes identiques qui durent jusqu'à une heure de l'après-midi. La quantité de salive excrétée s'élève en totalité à 1,200 grammes.

Interrogé sur ces accidents si spéciaux, le malade raconte que c'est, depuis un mois, la troisième fois qu'il est atteint de cette sialorrhée douloureuse, et que les deux premiers accès avaient duré environ quatre ou cinq heures, s'étaient montrés et avaient disparu dans des conditions analogues à celles que nous venions d'observer.

L'interprétation de ces phénomènes ne laisse pas que d'être assez complexe. Cette sialorrhée doit-elle être rapportée à une névralgie de la branche auriculo-temporale du maxillaire inférieur qui donne des filets à la parotide, produisant des troubles analogues à ceux que l'on observe dans les affections douloureuses de la branche sous-orbitaire qui s'accompagnent d'un écoulement de larmes. Ou bien plutôt, en présence des troubles cérébraux que nous avons signalés, doit-on assigner à ces symptômes une cause centrale. Il est difficile de répondre : cependant nous nous croyons autorisés à conclure, vu le début subit et la cessation rapide des douleurs s'accompagnant de sialorrhée qui ne persiste jamais après leur disparition, que le flux salivaire est ici nettement lié à des phénomènes nouveaux, mal déterminés il est vrai, mais non douteux toutefois.

Nous avons dit que la parotide seule était atteinte ; l'exploration des autres glandes salivaires ne laisse en effet aucun doute à ce sujet. Nous nous trouvions donc en possession de 1200 grammes d'un liquide frais, non altéré, presque entièrement parotidien, les autres glandes n'ayant sécrété que normalement, partant dans des conditions excellentes d'examen de la salive parotidienne.

Ce liquide examiné dès les premiers accès, à la sortie même de la bouche du malade, était filant et visqueux, sans odeur. Placé dans un verre à expérience, légèrement troublé dès l'abord, il ne tardait pas à se séparer en deux parties, une supérieure très considérable, formée d'un liquide transparent, une inférieure, blanchâtre, composée de liquide et de solide. M. Londe, chef du

laboratoire de chimie de M. le professeur Charcot, fit l'*examen chimique* du liquide recueilli (les deux parties simultanément); il constata qu'il était neutre, riche en phosphates et carbonates, riche en mucine et que les réactifs révélaient à peine des traces de ptyaline et de sulfocyanure de potassium, tous caractères ordinaires de la salive parotidienne.

L'*examen microscopique* de cette salive parotidienne, qui, comme on le sait, est presque exclusivement muqueuse, devenait des plus importants. On se trouvait en effet dans les mêmes conditions, au point de vue de la parotide, que lors de l'excitation prolongée de la corde du tympan, agissant pendant plusieurs heures pour produire l'hypersécrétion de la glande sous-maxillaire. Il nous était permis d'ajouter un fait de plus, cette fois-ci observé chez l'homme, aux expériences si concluantes de M. le professeur Ranvier, qui a bien voulu contrôler le résultat de ces recherches.

On sait en effet qu'en 1869 Heidenhain, répétant les expériences célèbres de Ludwig et de Claude Bernard sur l'excitation prolongée de la corde du tympan, analysa le liquide sécrété par la glande sous-maxillaire du chien adulte et le trouva constitué par des cellules granuleuses, se colorant fortement par le carmin et plus petites que les cellules muqueuses normales. Il en conclut, après avoir comparé ce liquide avec celui que sécrétait la glande salivaire du côté opposé, seulement soumise à l'excitation physiologique, que les cellules muqueuses qui tapissent les acini de cette glande partaient en masse pour former le liquide de sécrétion. C'était déjà une restriction apportée à la théorie qui soutenait que la sécrétion *physiologique* de la salive s'accompagnait de la chute constante de l'épithélium qui formait le liquide sécrété. Ces idées furent combattues en 1869 par M. Ranvier, qui fit nettement voir que, lorsqu'on soumet la glande sous-maxillaire du chien à une excitation prolongée, ses cellules muqueuses ne se détachent pas, mais bien au contraire restent en place et subissent les modifications suivantes : le noyau de ces cellules situé normalement du côté de la membrane propre, à la périphérie, gagne le centre du corps cellulaire, et, à mesure que le protoplasma s'accroît dans des proportions considérables, le mucus chassé tombe dans la lumière du vaisseau et est excrété. Depuis cette époque, M. Ranvier, observant à l'état vivant les cellules

caliciformes qui tapissent la muqueuse que revêt le suc lymphatique rétro-lingual de la grenouille, a pénétré le mécanisme intime de la sécrétion salivaire. Il a vu que ces cellules muqueuses possédaient des *vacuoles* remplies d'un liquide moins réfringent que le protoplasma, que sous l'influence de l'excitation ces vacuoles augmentaient de volume, qu'il s'en formait de nouvelles, et que leur contenu se substituait au mucus chassé en dehors de la cellule qui ne quittait jamais la paroi.

Le liquide parotidien que nous avons examiné dans ses régions supérieures ou intérieures, ou simultanément à la sortie de la bouche, contenait deux éléments cellulaires de nature différente. On y voyait de nombreuses cellules épithéliales *pavimenteuses*, venues du revêtement de la muqueuse buccale, avec noyau central se colorant fortement par le carmin : mais jamais dans les très nombreuses préparations que nous avons faites, il ne nous a été donné de constater la présence d'une *seule cellule caliciforme* dont les caractères morphologiques diffèrent si complètement de ceux de la cellule pavimenteuse. *Après une excitation de cinq heures et à deux reprises différentes et rapprochées, les cellules muqueuses de la parotide n'avaient donc pas quitté leur paroi d'implantation.*

Il existait en outre dans le liquide d'examen de petits éléments à gros noyau granuleux en forme de haricot, fortement colorés par le carmin, entourés d'une légère zone de protoplasma, dans lesquels il était facile de reconnaître des *corpuscules salivaires* qui ne sont autre chose, comme on le sait, que des cellules lymphatiques en migration normale et constante à travers toutes les muqueuses et les organes glandulaires. Ces éléments étaient en outre beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal, ce qui se produit du reste lorsqu'on soumet une glande à une excitation prolongée. Claude Bernard a en effet démontré que les petits vaisseaux des glandes se dilatent au moment où se produit la sécrétion, de telle sorte que la pression sanguine s'y trouve notablement augmentée. Cette augmentation de pression, beaucoup plus considérable dans les hypersécrétions, pourrait peut-être nous donner l'interprétation de la légère rougeur des tissus que nous avions notée et de l'augmentation légère de la température de la région parotidienne.

Séance du 15 *mars* 1884

UN MOT SUR LA PARALDÉHYDE, par M. Ch. E. QUINQUAUD

Au mois d'août dernier, dans le service du professeur Fournier, nous avons administré la paraldéhyde dans des cas d'*insomnie*, la dose était de 50 centigrammes à 3 grammes, dans un véhicule aromatisé; tantôt elle provoquait du dégoût, parfois elle était prise facilement ; après un temps variable il survenait un sommeil tranquille, calme, mais le degré d'activité semblait diminuer avec le temps, car il fallait augmenter les doses pour produire le même effet. C'est avant tout un hypnotique qui peut trouver ses indications dans les cas d'insomnie, surtout chez des sujets qui ne présentent pas de grosses lésions organiques. Cet agent nous a même rendu des services pour atténuer et pour prévenir le morphinisme.

Pour déterminer son action physiologique nous avons institué, en juillet 1883, au Muséum et aux Ménages, diverses expériences, desquelles il résulte :

1° Que la paraldéhyde agit d'abord sur les lobes cérébraux et secondairement, suivant les doses, sur le bulbe et sur la moelle épinière ;

2° Elle n'est point un anesthésique vrai, bien que l'anesthésie puisse survenir avec de fortes doses, qui sont dangereuses;

3° Cet agent peut produire la mort avec arrêt respiratoire, le cœur continuant à battre. A doses faibles la tension artérielle est peu modifiée, mais elle diminue avec une forte dose, le cœur se ralentit;

4° Les inhalations faites pendant une heure, soit en parties égales d'alcool et de paraldéhyde pure, n'ont pas produit le sommeil;

5° L'apparition de la méthémoglobine est un des effets de son action sur le sang;

6° La paraldéhyde détermine un abaissement de la température, une diminution de l'acide carbonique exhalé par les poumons. Immédiatement après l'injection de la paraldéhyde dans les veines le sang *devient noir dans les artères :* ce n'est pas du sang asphyxique.

Voici quelques expériences à l'appui de ces propositions :

a. Sur un chien on injecte dans les veines 8 centimètres cubes de paraldéhyde. *Avant* l'expérience, l'animal exhale, en 12 minutes, 5gr 5 CO^2, la température est de 38°, 5. Trois quarts d'heure après l'injection, l'élimination pulmonaire de CO^2 descend à 1gr 96.

b. Sur un autre on injecte dans l'estomac 10 centimètres cubes de la substance : *avant* l'injection, le rejet de CO^2 est 1gr 88 en dix minutes, tandis que trois heures après on trouve 1gr 52.

c. On injecte sous la peau et dans les veines 15 centimètres cubes de paraldéhyde. Avant l'expérience, l'exhalation de CO^2 est de 2gr 10, la température de 38° 8 ; deux heures et quart après, la balance donne 1 gr 71 de CO^2.

d. On injecte 21 centimètres cubes de paraldéhyde dans l'estomac et sous la peau d'un autre chien. Avant l'expérience, l'animal exhale 4gr 20 CO^2 en dix minutes ; quatre heures après l'exhalation est descendue à 1gr 52 et le lendemain la fonction tend à se rétablir, la quantité de CO^2 exhalé est de 2gr 16.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DES DENTISTES DE FRANCE

Le groupe important de dentistes, qui depuis le commencement de 1879, prenant en main la défense des intérêts professionnels, a pris l'initiative du mouvement de relèvement moral et scientifique de l'art dentaire en France, par le travail et la liberté, a reconnu la nécessité d'apporter quelques modifications à son organisation intérieure.

Par suite des luttes et des travaux de ces six dernières années, ce groupe avait, grâce à la généreuse initiative et à l'ardeur de ses membres, donné naissance à de nombreuses et utiles fondations professionnelles, telles que :

Le Cercle des dentistes de Paris,

L'Ecole et l'hôpital dentaires de Paris,

L'Association scientifique de l'Ecole dentaire,

Le journal l'*Odontologie*.

Chaque jour, et grâce à l'expérience acquise, des modifications venaient perfectionner ces fondations, en faciliter le fonctionnement. Malgré cela, et par suite de leur origine, elles manquaient toujours de l'esprit de suite et de l'unité de direction qui seule peut permettre à une œuvre de rendre à la société le maximum de résultats que sa création a pu faire espérer.

Le grand nombre de bureaux dirigeants augmentait sans nécessité les fonctions, l'organisation spéciale à chaque sous-groupe demandait des cotisations spéciales, d'où une somme de force et d'argent dépensée sans utilité et sans rapport avec les services rendus à la profession.

Frappés de ces inconvénients, MM. Chauvin et Dubois, d'accord avec plusieurs de leurs collègues, déposèrent sur le bureau de chacune des sociétés professionnelles nommées plus haut un projet tendant à l'organisation en une seule société, ayant une seule administration, de ces différentes fondations qui, moralement, comme direction et comme programme, appartenaient au même groupe.

La proposition fut prise en considération, des délégués de chacune des sociétés furent chargés d'étudier la proposition et de présenter un projet de fonctionnement.

Ce projet fut, sur le rapport de la commission, adopté par l'Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 25 mars 1884, par le conseil de direction de l'Ecole dentaire, le mardi 1er avril 1884, enfin par les membres de la Société civile de l'Ecole dentaire (souscripteurs et diplômés), le 5 avril 1884.

Les membres de chacun de ces groupes devant former la nouvelle société sont convoqués pour le jeudi 17 avril 1884 pour procéder à la constitution définitive de l'*Association générale des dentistes de France* et à la nomination du *Conseil de direction*, chargé d'assurer son fonctionnement.

Nos confrères se rendront facilement compte, par la lecture des statuts ci-dessous, que le but des organisateurs a été de grouper autour de l'Ecole dentaire de Paris le plus grand nombre de confrères, et de centraliser d'une façon plus complète toutes les

bonnes volontés et tous les concours sous quelque forme qu'ils se présentent en vue d'une meilleure répartition des forces dépensées, pour la production de résultats plus considérables et pour le plus grand bénéfice de la profession tout entière.

H. GODON.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

COMPRENANT :

1° L'Ecole et l'Hôpital dentaires libres de Paris ;

2° La Société d'odontologie de Paris ;

3° Le Syndicat professionnel et la Caisse de prèvoyance des dentistes ;

4° Le journal l'*Odontologie*, organe de la Société.

BUT ET ACTION DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé une société qui prend le titre d'*Association générale des dentistes de France.*

ART. 2. — Cette Société a pour but :

1° De donner aux jeunes étudiants dentistes l'instruction professionnelle, et de leur conférer, s'il y a lieu, à la fin de leurs études, un *diplôme spécial* ; et, d'offrir aux indigents un lieu de consultation et de soins pour le traitement gratuit des affections du système dentaire ;

2° De vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art dentaire, de produire et de discuter les faits nouveaux ;

3° D'établir des liens de confraternité entre tous les membres de la profession et de défendre leurs intérêts professionnels ;

4° De venir en aide aux membres de la profession, que les malheurs ou la maladie ont atteints.

ART. 3. — A cet effet elle organise :

1° Une *École professionnelle et un Hôpital dentaire qui prennent le titre* d'**Ecole et Hôpital dentaires libres de Paris** ;

2° Une *réunion scientifique*, qui prend le titre de **Société d'odontologie de Paris** ;

3° Un *Comité syndical* et une *Caisse de prévoyance*, qui prennent le titre de SYNDICAT PROFESSIONNEL ET CAISSE DE PRÉVOYANCE DES DENTISTES.

4° Elle publie *un journal*, organe de la Société, ayant pour titre : L'ODONTOLOGIE

II — COMPOSITION :

Art. 4. — La Société a son siège à Paris, rue Richer, 23, elle peut le transférer ailleurs, après décision de l'Assemblée générale.

Art. 5. — Elle se compose de *membres sociétaires* et de *membres honoraires*.

Art. 6. — Le nombre des *membres sociétaires* ou *honoraires* n'est pas limité.

Art. 7. — Sont *membres sociétaires :*

1° Tous les *médecins, dentistes* ou *fournisseurs pour dentistes* ayant participé ou participant à la souscription pour la *fondation* ou le *développement* de l'Ecole dentaire de Paris, par une souscription minimum de 100 francs (*membres bienfaiteurs* ou *fondateurs*);

2° Tous les dentistes *diplômés de l'École dentaire de Paris* sur leur demande ;

3° Les membres du Cercle des dentistes de Paris ;

4° Tous les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes âgés de 20 ans au moins, sur leur demande et après admission.

Art. 8. — Les membres *sociétaires* paient une cotisation annuelle de 20 francs, payables par semestre et d'avance.

Ces cotisations sont exigibles le 31 janvier, pour le premier semestre, et le 31 juillet pour le deuxième ; elles devront arriver franco au trésorier qui, à partir de ces dates, pourra les faire recouvrer par la poste aux frais des retardataires.

Tout retard d'un semestre dans le paiement de la cotisation, lorsqu'il n'est pas motivé, entraîne la radiation.

Art. 9. — La Société admet comme *adhérents provisoires* des dentistes ou fournisseurs pour dentistes, âgés de moins de 20 ans, qui désirent participer aux bénéfices de la Caisse de secours. Ils reçoivent le journal de la Société, peuvent assister comme auditeurs aux réunions, mais n'ont pas droit de vote. Ils paient la même cotisation que les membres sociétaires.

Sont *membres honoraires* toutes personnes, même étrangères à la profession, qui, après demande agréée, souscrivent une somme de 100 francs, une fois donnée, ou bien une somme annuelle de 20 francs, sans cependant désirer prendre une part active aux travaux de la Société.

Art. 10. — L'Association peut nommer *membre honoraire* toute personne qui, par la nature de ses travaux, par des dons ou par des actes quelconques, a rendu à l'Association, à la profession ou à l'odontologie, des services spéciaux.

ART. 11. — La cotisation pour les membres honoraires est facultative.

ART. 12. — Les titres de *membre fondateur* et de *membre bienfaiteur de l'École dentaire de Paris*, continuent à exister.

Le titre de *membre bienfaiteur* est accordé à tous les nouveaux souscripteurs.

ART. 13. — Il sera nécessaire, pour être admis aux titres et droits soit de membre sociétaire, soit de membre honoraire, d'adresser une demande d'admission au président du Conseil de direction, contresignée par deux membres de la Société, et d'avoir été admis par le Conseil de direction,

ART. 14. — Les membres sociétaires auront seuls voix délibérative aux Assemblées générales.

Les membres sociétaires et les membres honoraires recevront tous les ans une carte attestant leur qualité et leur donnant le droit de recommander à la clinique de l'Ecole une ou plusieurs personnes pour quatre opérations exigeant un traitement spécial.

Ils recevront autant de cartes qu'ils auront, en dehors de leur cotisation annuelle, souscrit de fois cent francs ou annuellement de fois vingt francs.

Ils pourront visiter librement, sur la présentation de leur carte, le local de l'Ecole, assister aux divers cours ou consultations, ainsi qu'aux examens autant que ce sera compatible avec les exigences du règlement intérieur de l'Ecole.

ART. 15. — Les noms de tous les membres souscripteurs, sans distinction, seront conservés sur un registre spécial qui restera aux archives de l'Ecole.

ART. 16. — La part de chacun des membres de la Société demeurera définitivement acquise à la Société, sans qu'aucune répétition puisse être exercée par l'associé ou par ses héritiers, en cas de démission ou de décès.

ART. 17. — Le Conseil de direction statuera sur les démissions qui lui seraient adressées.

Les souscriptions et la cotisation de l'année courante seront de plein droit acquises à la Société.

ART. 18. — L'Assemblée générale pourra, sur la proposition du Conseil de direction ou de cinq de ses membres, voter la radiation de tout membre qui, par des faits de droit commun ou des actes qui ne seraient pas conformes à l'honorabilité professionnelle, serait jugé indigne.

Le vote aura lieu au scrutin secret. La majorité des deux tiers des membres présents sera requise.

III. — Administration.

Art. 19. — L'Association est administrée par un *Conseil de direction* qui dirige chacune des branches de la Société.

Conseil de direction

Art. 20. — Le Conseil de direction se compose de 24 membres, élus pour deux ans.

Le Conseil est renouvelé chaque année par moitié par l'Assemblée générale. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 21. — Les dentistes et les médecins, souscripteurs et diplômés de l'Ecole dentaire pourront seuls faire partie du Conseil de direction.

Néanmoins le nombre des médecins nommés ne pourra dépasser le quart du nombre des membres du Conseil.

Art. 22. — Le Conseil de direction est nommé par l'Assemblée générale dans sa session ordinaire, à la majorité absolue des suffrages exprimés et au scrutin secret.

Néanmoins, au cas où après un tour de scrutin le Conseil de direction ne serait pas constitué, l'élection des membres restant à nommer se ferait à la majorité relative.

Art. 23. — Le Conseil de direction se réunit une fois par mois au moins, dans le but d'arrêter les mesures à prendre pour la bonne direction de la Société et pour son extension.

Art. 24. — Il a les pouvoirs d'administration les plus larges. Il peut voter les dépenses nécessaires au fonctionnement de la Société, arrêter et modifier le règlement intérieur de l'Ecole et les droits d'entrée, d'inspection, d'examen ou de diplôme, nommer les professeurs, prendre à l'égard des étudiants toutes mesures disciplinaires, donner au président l'autorisation d'introduire une instance judiciaire ou de transiger.

Néanmoins, il ne peut ni emprunter, ni compromettre sans une autorisation spéciale de l'Assemblée.

Art. 25. — La présence de la moitié des membres du Conseil de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Art. 26. — Le Conseil de direction peut, s'il le juge convenable, convoquer l'Assemblée générale en session extraordinaire.

En cas de démission du bureau ou de la majorité des membres du Conseil, l'Assemblée générale doit également être convoquée dans le délai d'un mois.

Les membres démissionnaires devront rester provisoirement à leur poste pour l'expédition des affaires courantes.

Art. 27. — Le Conseil de direction choisit tous les ans dans son sein un bureau composé d'un président, deux vice-présidents, deux secrétaires, un trésorier, un bibliothécaire et un conservateur du musée.

Art. 28. — Le président est *directeur de l'Ecole*. Il préside les séances des Assemblées générales et du Conseil de direction, signe toutes pièces administratives sous le contre-seing de l'un des secrétaires, tient la main à l'exécution des statuts et du règlement intérieur.

Art. 29. — Le président a qualité pour représenter la Société en justice et dans les actes de la vie civile.

Il ne peut s'obliger au nom de la Société ni transiger qu'avec l'autorisation spéciale du Conseil de direction.

Art. 30. — Les vice-présidents remplacent, dans l'ordre de leur nomination, le président, lorsqu'il est empêché.

Art. 31. — Le premier secrétaire élu prend le titre de *secrétaire général*; il exécute, sous l'autorité du président, les décisions de l'Assemblée générale et du Conseil de direction.

Le second secrétaire élu prend le titre de *secrétaire correspondant*. Il reçoit les communications de Paris, de la province et de l'étranger, et remplace, en cas d'empêchement, le secrétaire général.

L'un des deux secrétaires contre-signe les pièces revêtues de la signature du président, et tient le procès-verbal des séances de l'Assemblée générale et du Conseil de direction.

Art. 32. — Le trésorier est chargé du recouvrement des souscriptions, cotisations des membres, des droits à acquitter par les étudiants et de l'acquittement des dépenses votées par l'Assemblée générale ou par le Conseil de direction.

Aucune somme ne peut sortir de la caisse sans une autorisation spéciale du Conseil de direction revêtue de la signature du président et d'un des secrétaires. Le trésorier présente tous les ans, au nom du Conseil, un état de compte à l'Assemblée générale.

Art. 33. — Le bibliothécaire est chargé du classement des ouvrages, journaux, brochures ou écrits prêtés ou acquis à la Société et dont il a la garde; le conservateur du musée a la garde des différentes pièces du musée.

Art. 34. — Le conseil de direction nomme un économe ainsi que les employés qu'il juge nécessaires pour assurer le fonctionnement de la Société.

Art. 35. — Le Conseil de direction choisit tous les ans dans son

sein quatre commissions chargées spécialement de l'administration des diverses branches de la Société.

Art. 35. — Ce sont :

1° Le comité d'administration de l'*Ecole et de l'hôpital dentaires de Paris*.

Il est composé de neuf administrateurs qui sont chargés, sous le contrôle du Conseil de direction, de l'administration de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris.

Le président du Conseil, directeur de l'Ecole.

Les deux vice-présidents.

Le secrétaire général.

Le secrétaire correspondant.

Le trésorier.

L'économe.

Le bibliothécaire.

Le conservateur du musée.

2° Le comité de la *Société d'odontologie*.

Il est composé de trois membres chargés de servir d'intermédiaires entre la Société et le Conseil de direction pour ses dépenses et son administration.

(La Société d'odontologie seule se nomme un bureau spécial composé de :

1 président.

2 vice-présidents.

1 secrétaire général.

1 secrétaire des séances;

Lequel bureau est chargé de sa direction scientifique.)

3° Le *comité syndical*, *comité d'administration de la Caisse de Prévoyance*.

Il est composé de cinq membres qui sont chargés,

1° De la défense des intérêts professionnels des divers membres de l'Association ;

2° De servir d'arbitres volontaires entre les patentés et leurs employés, entre dentistes et clients ;

3° De se mettre en rapport avec le gouvernement, les départements ou les communes lorsque l'intérêt professionnel le demande.

Il peut demander la convocation du Conseil de direction de l'Association et même la réunion de l'Assemblée générale, lorsque les intérêts professionnels l'exigent ; dans ce cas le Conseil de direction se constitue en *Chambre syndicale*.

Il est également chargé de l'administration de la Caisse de pré-

voyance. Il rend compte, tous les trois mois, au Conseil de direction de l'emploi des sommes mises à sa disposition.

ART. 34. — Le Comité de rédaction et d'administration du journal l'*Odontologie*, organe de la Société, est composé de 5 membres chargés de la rédaction et de l'administration du journal.

Ce Comité dirige le journal au point de vue administratif et scientifique ; il consulte le conseil de direction en cas d'insuffisance de son règlement et tient le conseil au courant de l'état du journal.

IV. — RESSOURCES.

ART. 36. — Les ressources se composent :

1° Des souscriptions et des cotisations annuelles ;

2° Des droits versés par les étudiants ;

3° Des subventions accordées par le gouvernement, les départements ou les communes ;

4° Des dons et legs, et de tous les produits généralement quelconques non prévus aux paragraphes précédents.

ART. 37. — Les délibérations relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles seront soumises à l'approbation du gouvernement.

ART. 38. — Les excédents de recettes qui ne sont pas indispensables aux besoins ou au développement de la Société, et notamment les sommes affectées au fonds de réserve, seront placés en fonds publics français, en actions de la Banque de France, en obligations du Crédit foncier ou en obligations de chemins de fer français émises par des compagnies auxquelles un minimum d'intérêt est garanti par l'Etat ou en immeubles.

ART. 39. — Le fonds de réserve comprend :

1° Le dixième des souscriptions et la moitié du reliquat annuel ;

2° Des souscriptions ou dons spécialement destinés audit fonds de réserve ;

3° Une somme de 500 francs prise sur la caisse de la Société et à titre de première mise.

Ce fonds est inaliénable, ses revenus peuvent être appliqués aux dépenses courantes (1).

---

(1) Le fonds de réserve a été institué par une délibération spéciale du Conseil de direction, le 26 juin 1883, approuvée par l'Assemblée générale le 31 juillet 1883.

V. — Assemblée générale.

Art. 40. — L'Assemblée générale est composée de tous les membres sociétaires.

Art. 41. — Elle se réunit tous les ans au mois de janvier dans le local de la Société sur la convocation par lettres individuelles du Conseil de direction. Néanmoins, elle peut se réunir en session extraordinaire soit sur la convocation du Conseil de direction, soit sur une réquisition adressée à cet effet au président du Conseil, par le cinquième au moins des sociétaires, à laquelle il est tenu de déférer dans le délai d'un mois.

Art. 42. — Le Conseil de direction, par l'organe d'un de ses membres, rend compte à l'Assemblée générale des travaux de l'Association et des résultats obtenus dans le cours de l'exercice écoulé.

Le trésorier expose la situation financière.

Le compte rendu moral et financier, ainsi que le procès-verbal de l'Assemblée générale, sont adressés au ministre de l'instruction publique. Ils peuvent être communiqués aux journaux de la profession.

Art. 43. — L'Assemblée générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil de direction, sur l'approbation des comptes, sur la nomination des membres du Conseil, et sur leur remplacement en cas d'expiration de leurs fonctions, démissions ou décès.

Art. 44. — L'Assemblée générale peut seule apporter des changements aux statuts de la Société, soit sur la proposition du Conseil de direction, soit sur une demande signée par le cinquième au moins des membres sociétaires, et adressée au Conseil au moins un mois avant la réunion.

Dans ces deux cas, la convocation devra contenir l'indication spéciale de l'objet de la réunion.

Art. 45. — Sur la proposition du Conseil de direction, l'Assemblée pourra, en témoignage des services rendus, nommer membre honoraire tout ancien membre du Conseil de direction.

Les membres honoraires du Conseil n'auront que voix consultative.

VI. — Règlement intérieur.

Art. 46. — Un règlement intérieur, élaboré par le Conseil de direction pour chacune des diverses subdivisions de l'Association, détermine leur organisation et leur mode de fonctionnement.

Ce règlement est toujours modifiable par le Conseil de direction (1).

(1) Ce règlement intérieur notamment celui de la Caisse de prévoyance, sera publié prochainement.

VII. — Durée de la société.

Art. 47. — La Société est créée pour une durée de quatre-vingt-dix-neuf ans.

Art. 48. — En cas de dissolution de la Société, la dévolution et l'emploi de son avoir, tant mobilier qu'immobilier, feront l'objet d'une délibération du Conseil de direction approuvée par l'Assemblée générale et soumise à l'approbation du gouvernement.

Art. 49. — Les présents statuts ne pourront être modifiés qu'en vertu d'une délibération du Conseil et de l'Assemblée générale et soumise à l'approbation du gouvernement.

VII. — Dispositions transitoires.

Art. 50. — La présente Société n'est que la continuation et la suite de :

La Société civile constituée pour la formation de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, en exécution d'une délibération prise le 1er avril 1880 par le Cercle des dentistes de Paris, à laquelle viennent s'adjoindre la Société professionnelle dite le Cercle des dentistes, fondé le 1er avril 1879, l'Association de prévoyance des dentistes créée par le cercle et l'Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris, fondée en novembre 1881.

Art. 51. — Les biens meubles et immeubles des différentes Sociétés ci-dessus nommées viennent former l'actif de l'Association générale des Dentistes de France.

Le journal l'*Odontologie* devient la propriété de l'Association.

Art. 52. — Aussitôt après la formation de la Société, le Conseil de direction soumettra les présents statuts à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur, et sollicitera du gouvernement la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique.

POUDRE CONTRE LE CORYZA

Acétate de morphine........	0 gr. 10 centigr.
Poudre de gomme...........	8 —
Sous-nitrate de bismuth......	24 —

Mêlez intimement. — Dès le début du coryza, le malade aspirera de temps à autre, par le nez, de petites prises de cette poudre.

JOURNAUX ANGLAIS

Traduction de M. Butlin D. E. D. P.

QUESTIONS D'EXAMENS

COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS D'ANGLETERRE

Les questions suivantes ont été données à l'examen écrit pour l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste le 18 février 1884 :

Anatomie et physiologie

1. Donner les attaches précises de tous les muscles ayant rapport à la mâchoire inférieure, exclusifs de ceux de l'expression.
2. Décrire les différences pathologiques et cliniques entre un épithélioma et une épulis.

Anatomie et physiologie dentaires.

1. Donner la formule dentaire des Marsupiaux. Montrer les principales ressemblances et différences entre leurs dents et celles des Mammifères, en illustrant votre réponse en référant à un animal de chaque classe.
2. Décrire la structure et le développement du cément, le comparant avec l'os. Quelle est sa distribution générale sur les dents des Mammifères.
3. Nommer les périodes : 1° du commencement de calcification des dents permanentes, 2° de leur éruption, 3° (approximativement) de l'accomplissement de leurs racines.

Chirurgie dentaire et pathologie.

1. Si pendant l'extraction une dent glisse dans la gorge, quelles sont les complications qui peuvent survenir? Quels symptômes vous dénoteront sa position ? et quel sera le traitement approprié?
2. Dites les symptômes sur lesquels vous vous appuierez, et les épreuves que vous emploierez, pour diagnostiquer l'odontalgie de la névralgie.
3. Décrivez la zone transparente des caries dentaires. Quelle évidence existe-t-il en ce qui concerne sa nature?

DENTISTES ET CLIENTS

Nous reproduisons ci-dessous le compte rendu d'un procès jugé devant la Cour d'appel de Paris. Il va de soi qu'on ne nous imputera pas les appréciations ignorantes et fantaisistes de l'article qui a été publié dans l'*Événement* du 12 mars :

Nous ne reproduisons qu'à titre de document, sans la plus petite intention de blâme pour notre confrère, dont du reste nous ignorons le nom.

Voici cet article :

On fabrique, on le sait, des jambes, des bras, des nez, des dents, des yeux artificiels ; mais une luette, personne assurément n'avait encore songé à fabriquer des luettes artificielles (!!!!).

Cette idée a cependant germé dans le cerveau d'un médecin et d'un dentiste désireux de soulager, peut-être d'exploiter une malade, Mme Berger, qui avait dû, à la suite d'une maladie, se faire couper la luette. Cette opération eut pour elle des inconvénients assez graves, car elle ne pouvait parler qu'en nasillant.

— Ne pourrait-on remédier à cet état de choses, demanda-t-elle un jour à son docteur ?

— Oui, assurément, répondit celui-ci, adressez-vous à un dentiste de mes amis, il vous reconstituera votre luette.

Mme Berger se mit donc entre les mains du praticien.

Après bien des tâtonnements, car c'était la première fois que cet artiste essayait de modeler une luette, le dentiste plaça dans la bouche de la patiente, une plaque de celluloïd, armée sur le devant de deux dents, et se terminant en queue de poisson.

Ce petit appareil causa de vives souffrances à Mme Berger.

Il lui produisit d'abord les mêmes effets que le mal de mer, puis l'empêcha absolument de parler ; enfin cette plaque rigide excita si bien le gosier de la malade qu'elle ne put plus manger.

Mme Berger ne retrouva pas sa luette perdue, mais elle gagna une maladie d'estomac et une maladie nerveuse, pour lesquelles

elle dépensa 4,500 francs; de plus elle eut un procès, car le dentiste lui réclama, pour l'appareil de supplice dont il l'avait gratifiée, 1,800 francs, et le médecin, pour soins donnés et à donner, toujours pour la luette, 2,000 francs.

Mme Berger jurait qu'elle ne donnerait rien; et voilà comment la prétendue luette artificielle est venue s'étaler, dans un magnifique écrin du reste, sur la barre de la justice.

Le tribunal accorda 1,500 fr. au dentiste et 1,300 fr. au docteur; Mais Mme Berger frappa d'appel cette décision.

La cour vient de réduire à 600 fr. les honoraires du fabricant de luettes, et à 935 francs ceux du médecin.

NÉCROLOGIE

Le vice-président de l'Ecole dentaire, M. le professeur Poinsot vient d'avoir la douleur de perdre l'un de ses jeunes enfants. Qu'il nous soit permis d'exprimer publiquement notre respectueuse sympathie à notre éminent confrère.

Nous avons aussi le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un de nos confrères les plus estimés, M. Bertaux, décédé dans sa cinquante et unième année. Son aménité, le sentiment qu'il avait de la dignité professionnelle le feront regretter de tous ceux qui l'ont connu.

Nous transmettons à nos jeunes confrères, ses fils, l'expression de nos sentiments d'encouragement et de sympathie.

DENTISTIANA

Un nouveau moyen d'extraction et de réclame : M. A... dentiste et impresario, dont le nom et les mérites tiennent souvent tant de place à la quatrième page des journaux, vient de faire insérer la petite nouvelle suivante dans l'un d'eux :

« M. A... vient d'être victime d'un accident de cheval. Sa mon-
« ture s'est emballée et est allée s'abattre contre un tramway,
« projetant au loin son malheureux cavalier, qui, dans sa chute,
« s'est arraché trois dents. »

On ne dit pas encore si notre confrère veut populariser un nouveau moyen d'arracher les dents, ou s'il va annoncer au monde que son palais, restauré, est visible de 10 à 4 heures.

L'Administrateur-Gérant : PAUL DUBOIS.

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

VOL. 4. **Paris, 1er Mai 1884** N° 5.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR MAI 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE DE L'ÉTRANGER

Correspondance des Etats-Unis

DE LA PRÉPARATION ET DE L'AURIFICATION DES CAVITÉS SIMPLES, PAR ÉDOUARD BLITZ, de Euréka (Illinois).

La science dentaire aux Etats-Unis est, sur le chapitre des matières à obturation, des plus catégoriquement divisée et sur ce sujet les plus éminents praticiens se trouvent en directe opposition; des Foster Flagg et des Henry Chase se font les prophètes des matières plastiques, tandis que des Marshal Webb et des J. Taft se proclament les grands-prêtres de l'or; ceux-ci affirment que toute dent offrant la moindre chance de salut par le plombage doit être aurifiée; ceux-là, qu'au point de vue du salut des dents, la plus mauvaise obturation à la gutta-percha est mille fois supérieure à la meilleure aurification. Des deux côtés les théories et les arguments ont beaucoup de bon et la lecture de ces débats aussi concluants que catégoriques dans l'opinion de leurs auteurs met l'étudiant en chirurgie dentaire dans la plus dangereuse perplexité;

car pour peu qu'il soit désireux de passer pour habile, il choisira l'or et fera guerre à outrance aux ciments, aux amalgames et à la gutta-percha.

Si, au contraire, il aime le « far niente », il embrassera avec enthousiasme la foi des « New-Departurists, et dénoncera l'or comme étant la matière la moins propre à employer pour remplir les cavités des dents creuses. Le plus sage serait celui qui se place entre ces deux extrêmes, ne rejetterait ni l'or ni les plastiques, et saurait se servir à propos de l'une ou de l'autre substance.

Mais il est certain que l'on aurait à enregistrer moins d'insuccès si nos théoristes, au lieu de se livrer à une polémique ardente sur la valeur de ces matières (si différentes de la substance organique qu'elles sont appelées à remplacer) eussent consacré la vingtième partie de leur temps à quelque étude sur les opérations précédant l'insertion des plombages; peut-être eussent-ils découvert que si autant de complications surviennent une fois la dent obturée, la cause réside plutôt dans les opérations préparatoires que dans la composition chimique ou les propriétés physiques de ces matières à obturation.

Nous avons tous vu des cas où l'émail se fendille et se brise et où, invariablement, la dentine se carie autour de la substance obturatrice. Ce fait est moins fréquent chez les dents où l' « or artificiel » a été employé, cette matière plus facile à employer s'adapte parfaitement à la paroi de la cavité et prévient ainsi les progrès de la carie. On a attribué la cause de l'insuccès de l'or à sa conductibilité de la chaleur et l'on a évoqué dans les rangs de la nouvelle école, les oxyphosphates, les oxychlorures et les sulfates de zinc qui réussissent bien mieux, dans certains cas, que l'or dans la conservation des dents. Mais dans les cas de cavités simples où la pulpe est entièrement abritée par une couche relativement épaisse de dentine, cette hypothèse tombe à faux et nous ne voyons d'autre source d'insuccès que dans la manière dont la cavité a été préparée et, jusqu'à un certain point, du mode d'insertion du métal. En dépit de toutes les assertions avancées par les adeptes de la doctrine des plastiques, l'or restera toujours la seule matière réellement permanente et la seule qui, huit fois sur dix, mettra à l'avenir la dent à l'abri de la carie.

Il y a, dans la structure des dents, un élément et une anomalie

dont on doit toujours se souvenir lorsqu'on est appelé à opérer sur ces organes. Je veux parler des fibres de Tomes et des espaces interglobulaires de Czermack. Ces fibres transmettent à la pulpe dentaire toutes les influences extérieures et si elles se trouvent en contact immédiat avec un corps étranger dont les propriétés physiques sont aussi développées que celles de l'or, elles communiqueront à l'organe central chaque changement de température provenant de l'introduction d'air et d'aliments dans la bouche, sans parler de l'action galvanique (communiquée à la pulpe par les fibres) produite par la présence d'autres plombages ou de pièces artificielles, causes qui entraîneront tôt ou tard la mortification de la pulpe dentaire. Si ces fibres, par l'application de caustiques, sont en partie détruites, ces symptômes justement décrits ne se montreront pas, mais la dent perdra sa coloration naturelle, la dentine perdra sa vitalité, les parties animales se détruiront, les constituants inorganiques finiront par se desagréger et, en peu de temps, l'aurification laissera pénétrer la salive entre elle et la dentine qui se cariera; de là l'insuccès.

Les espaces interglobulaires de Czermack dans les dents cariées sont de véritables entrepôts de bactéries, de leptothrix buccalis et surtout de bacilli et de micrococci, lesquels continueront leur œuvre de destruction en dépit du meilleur plombage si ces espaces n'ont pas été fouillés et excavés.

Le but de l'auteur est de soumettre à la critique des praticiens expérimentés la méthode qu'il a adoptée depuis un an à peu près, et pour laquelle il n'a eu à enregistrer que fort peu de déceptions. Depuis l'introduction de ces procédés dans notre cabinet, sur près de deux cent cinquante aurifications simples, nous n'avons constaté aucun cas de pulpite, de dévitalisation du germe, de périostite ou d'abcès alvéolaire consécutifs à l'obturation à l'or. De plus nous n'avons vu aucun cas de carie sous la masse obturatrice, aucun exemple de simple décoloration de la dentine.

Après avoir enlevé la dentine cariée à l'aide d'excavateurs très tranchants, je donne à la cavité la forme qui lui est propre, toujours à l'excavateur, ne me servant presque jamais de fraises. Je leur ai substitué des pointes et des meules en coryndon que je fabrique moi-même. Pour cela j'utilise toutes mes fraises usées. Chauffant sur une plaque de marbre déposée sur un bain de sable une bonne

meule de laboratoire, je l'amincis en la roulant jusqu'à l'épaisseur d'une feuille de papier. Je découpe cette plaque en petits morceaux que j'applique sur les fraises que j'ai préalablement chauffées. J'obtiens de cette manière une série de meules de formes aussi variées que celles de mes fraises.

Je m'efforce de laisser aux parois de la cavité autant d'épaisseur que possible, ne reculant *jamais* devant la nécessité d'exciser les frêles portions d'émail fatalement destinées à disparaître par le plombage ou malgré le plombage. Toute l'attention doit se porter sur l'importance qui existe à donner une forme régulière à la cavité de la dent cariée. La forme de coupe dont le fond serait bombé de manière à présenter une gouttière circulaire, dont les bords seraient taillés en biseau de haut en bas et de dehors en dedans, la forme de coupe dont les parois seraient absolument privées d'angles est celle qui devrait et peut toujours être adoptée. La théorie des points de rétention et d'autres artifices pour retenir les aurifications est d'une parfaite inutilité lorsque la méthode que je soumets à mes confrères français est suivie.

Par l'emploi de la meule qui ne coupe, n'entaille, ni ne brise la dentine, ne lacère pas ses fibres, ne les exposant pas à l'air et à la salive, mais use uniformément l'ivoire, la douleur qui accompagne toujours la préparation de la cavité est réduite à son minimum, ce dont aucun patient ne se plaindra ; l'ouvrage est fait aussi rapidement qu'avec la fraise qui produit sur l'os une surface rugueuse, ne coupe que fort peu des fibres dentaires dont la plus grande partie s'échappe au dehors (comme le montre le microscope) et devient la source certaine de douleurs intenses pendant l'opération, de carie après l'obturation. (Je prie tous mes confrères de vérifier cette assertion.) La meule ne produit pas d'inconvénients de cette nature.

Tous les opérateurs ont rencontré des cas où l'émail s'étant brisé, la dentine, mise à nu, se trouvait être d'une sensibilité excessive laquelle disparaissait par la meule, soit aussi par le cautère ; ces deux procédés ont pour but commun de détruire ces filaments microscopiques qui se projettent extérieurement. De même l'usage de la meule au lieu de l'emploi de la fraise est

recommandé par le fait que celle-là coupe ras les fibrilles de Tomes en même temps qu'elle use et polit l'ivoire.

La forme de la cavité étant achevée, je polis la paroi de la cavité au brunissoir rond *sans rainures* adapté à la « Hand piece » du tour de White, employant la craie pulvérisée mouillée d'esprit de vin et je ne m'arrête que lorsque la dentine est aussi unie que l'émail. Il ne reste qu'une chose à faire, c'est la recherche des espaces interglobulaires. Pour cela, je sature un tampon d'amadou dans de l'encre rouge et après l'avoir uniformément porté sur chaque point de la cavité, je le retire, seringue à l'eau tiède et le sèche avec du coton absorbant. Si je découvre une place où l'encre subsiste après deux ou trois lavages et ne disparaît pas par les quelques grattements d'un excavateur, je n'hésite pas alors à employer la fraise et à ouvrir le repaire que je lave à l'acide carbolique dilué ou, ce qui vaut mieux, avec une solution d'acide salicylique dans l'éther. Je finis en polissant la dépression à la meule et au brunissoir.

La pose de la digue en caoutchouc doit toujours précéder la préparation d'une cavité autant pour le confortable du patient que pour la facilité que cet accessoire offre au chirurgien.

Nous arrivons au point où tout est prêt pour l'insertion de l'or. Les préparations d'or qu'il est impossible de critiquer sont celles de Williams et de Watt, du premier j'emploie les feuilles « Corrugated Gold », et du dernier, son célèbre « Crystal Gold, n° 5 ». Pour fouloirs, quelques brunissoirs et des pointes brisées d'excavateurs se montant sur manches de manière que la vis se trouvant à l'extrémité opposée de la pointe au lieu de se fixer au manche destiné à recevoir l'excavateur puisse se visser au maillet automatique de Holmes. L'acier doit être bien trempé et la fracture nette de manière à présenter une surface cristallisée ; ce qui peut s'obtenir par un simple coup de marteau. J'emploie aussi des fouloirs pédiformes pour finir l'obturation et les instruments pour des cas spéciaux. Je coupe en deux une feuille d'or Williams que je roule en corde modérément serrée et divise la corde en cinq ou six morceaux auxquels je donne la forme de petits anneaux que je dépose au fond de la cavité, dans le sillon que j'ai décrit plus haut. Saisissant alors un petit brunissoir uni, selon la méthode de Herbst, j'applique l'or (non chauffé) intimement

contre la dentine et je n'ajoute un autre anneau que lorsque le premier est parfaitement tassé. Lorsque le sillon est rempli, je recouvre l'éminence du fond de la cavité de carrés d'or de deux ou de trois épaisseurs de feuille. En procédant de l'endroit le plus éloigné de moi, je tapisse la cavité de petits carrés disposés comme les ardoises d'un toit, employant toujours le brunissoir pour les tasser. Lorsque la paroi de la cavité est parfaitement recouverte d'or et lorsque l'union entre la matière organique et le métal est des plus intimes, je termine la cavité à l'or cristallisé réchauffé en employant le maillet automatique, ses pointes à cristaux d'acier (recommandé par le Dr Watts) et les fouloirs ordinaires. L'opération terminée, la plus stricte attention doit être apportée non seulement au poli de la masse obturatrice, mais *surtout* au poli de l'émail adjacent. J'ose prédire que cette manière d'opérer contribuera pour beaucoup à mettre un terme aux accidents consécutifs des aurifications des cavités simples.

E. Blitz.

Les vues originales de notre correspondant soulèvent beaucoup de questions. La manière de faire qu'il préconise est assez différente des procédés classiques. Nous ne pouvons aujourd'hui présenter nos objections ou plutôt préciser les interrogations que sa communication suscite.

Quoi qu'il en soit, il est évident que la préparation des cavités, que la condensation de l'or faites aussi minutieusement ne peuvent avoir que des résultats satisfaisants. Sur ce point, nous n'avons qu'à applaudir. Seules les théories invoquées pour justifier scientifiquement la méthode, nous paraissent en partie contestables.

Ce sont ces petits dissentiments de détail que nous préciserons dans notre réponse.

Nous invitons de même nos confrères qui auraient quelques idées personnelles sur la matière à intervenir dans ce débat touchant aux questions les plus vitales de la pratique de l'Art dentaire.

P. D.

Des menaces anonymes ont été adressées à un de nos confrères parce qu'il se sert comme la plupart d'entre nous de la dénomination de chirurgien-dentiste.

On voudrait que le dentiste français fût placé dans une condition inférieure à l'égard de ses concurrents étrangers ou de ceux qui ont essayé de la carrière médicale. Cette manœuvre est vaine. Qu'on se le tienne pour dit. L'emploi du titre de chirurgien-dentiste est légal et tous ceux qui usent du droit que leur donne la loi, se considèrent comme solidaires, et défendront collectivement n'importe lequel des leurs qu'on voudra attaquer.

On a essayé d'une réglementation, profitable à quelques-uns, au détriment de tous; et aujourd'hui, en désespoir de cause, on se sert de la menace anonyme. Cela étonnera d'autres que nous.

Nous engageons l'auteur de la lettre à déposer une proposition sur le bureau de la Société dont il s'est fait l'agent honteux.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ACTUELLEMENT SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 25 mars 1884

Présidence de M. Potel

ORDRE DU JOUR

Admission de M. Aguilhon de Sarran. — Des fractures spontanées observations par M. Blocman.— Présentation d'un nouveau clamps par M. Barbe.— Présentation d'une dent surnuméraire temporaire chez un enfant de quatre ans, par M. Godon.— Nouveau système de dents à pivots, communication par M. Chauvin.—Essais de continous-gum, par M. Chauvin. — Rapport sur la fusion des Sociétés professionnelles du groupe et règlement intérieur par M. Godon.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

18 membres sont présents et 10 auditeurs étrangers.

M. Godon donne lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Il propose l'admission du Dr Aguilhon de Sarran présenté par MM. Poinsot et Godon.

Le candidat est dentiste, auteur de plusieurs travaux sur l'Art dentaire et a fait une communication, excessivement intéressante à la Société, sur la présence des vaisseaux sanguins à l'extrémité des racines dentaires.

M. le Dr Aguilhon de Sarran est admis à l'unanimité membre de l'Association.

M. G. Blocman donne communication d'une observation relatant un cas de fracture spontanée des dents.

FRACTURE DENTAIRE SPONTANEE

M. J..., sujet anglais, quarante-deux à quarante-cinq ans, tempérament lymphatique, rhumatisant, vint me trouver il y a trois mois environ. Il se plaignait d'un sentiment de gêne légère mais constante dans la région maxillaire supérieure gauche. Cette gêne était toujours identique sans exacerbation; de plus mon patient accusait de vives douleurs lorsque par oubli il mastiquait du côté gauche. Le contact des liquides ou des corps chauds était intolérable.

A l'examen je trouvai la première prémolaire supérieure gauche légèrement cariée près de son bord antérieur et à la base du tubercule interne. La carie qui dépassait à peine le réseau anastomotique de la dentine présentait comme toutes les caries de ce genre une extrême sensibilité.

Douleur à la percussion.

Après avoir essayé successivement l'essence de girofle, l'acide phénique, le chloral et l'air chaud sans obtenir la cautérisation de la carie tout en provoquant des souffrances aiguës, je résolus de faire l'obturation provisoire et d'attendre. Ces pansements étaient accompagnés d'applications de teinture d'iode sur la gencive.

Après une huitaine de jours de traitement la sensibilité à la percussion avait diminué, l'hyperesthésie de la dentine était calmée, mais la mastication et le contact des corps chauds provo-

quaient toujours les mêmes angoisses, c'est alors que je décidai l'obturation provisoire qui fut faite avec la pâte de Hill.

Quelques jours après je revis le malade et m'assurai que la pâte obturatrice était toujours en place, la dent paraissait bien saine, le son produit par la percussion n'avait rien de pathologique et l'iode imprimait à la gencive une coloration uniforme peu intense; il n'y avait donc pas de lésion grave du côté du périoste. Je cherchai du côté du sinus maxillaire sans rien trouver. Du côté de la pulpe on ne constatait pas les phénomènes violents symptomatiques de la pulpite, la douleur était constante mais très tolérable et sans exacerbation, la mastication et les corps chauds seuls l'augmentaient, mais cette augmentation de douleur pouvait avoir son siège dans le périoste.

Mon patient revint il y a au moins six semaines en me disant : « Regardez donc ma dent! » Elle était fracturée suivant une ligne parfaitement droite dirigée de haut en bas et de dedans en dehors en passant par la cavité pulpaire. Le tubercule interne avait complètement disparu ainsi que la cavité obturée, j'examinai la dentine sur la ligne de section et la trouvai parfaitement saine de tous côtés. La cavité pulpaire avait beaucoup perdu de son volume primitif par suite de la production de dentine. L'idée me vint que mon patient avait dû souffrir horriblement en mordant sur un corps dur; supposant qu'il avait cassé sa dent pendant la mastication, je l'interrogeai dans ce sens. Il me répondit : « Pas du tout, j'avais fini de déjeuner lorsque je sentis quelque chose se passer dans ma bouche, mais quoi ? je ne pus m'en rendre compte exactement. Le premier moment de surprise passé, je reconnus qu'un morceau de ma dent s'était détaché et en même temps je constatai la disparition de la gêne que j'éprouvais au dessus de ma dent. »

Le canal dentaire et la moitié restante de la cavité pulpaire étaient remplis des débris de la pulpe en putréfaction, ils formaient une sorte de bouillie d'un blanc verdâtre et exhalaient une odeur fétide bien caractéristique.

Examinons maintenant les divers éléments que nous possédons pour établir notre diagnostic.

Si la fracture eût été d'origine traumatique, le malade aurait

ressenti une violente douleur, étant donnée la difficulté qu'il avait à mastiquer sur sa dent.

Il n'en a ressenti aucune.

D'un autre côté, la surface de la dentine du fragment radiculaire est parfaitement saine et la fracture a eu lieu au-dessus de la carie dont nous avons parlé; la décomposition chimique du tissu n'y est donc pour rien.

Les désordres doivent donc provenir de la pulpe que nous trouvons décomposée. Une inflammation chronique, dont l'origine nous échappe, est sans doute la cause de cette désorganisation. Le début doit remonter assez loin avant la première visite du malade, car nous n'avons pas observé de symptômes de pulpite aiguë.

Il y a eu production et accumulation de gaz, la pression exercée sur la région maxillaire et le soulagement immédiat lors de la fracture en sont des signes évidents. Par quel mécanisme les gaz sont-ils renfermés dans la cavité pulpaire et leur tension est-elle assez forte pour fracturer de l'ivoire sain? ce sont là des questions nouvelles. Il n'est cependant pas douteux pour nous que la fracture qui nous occupe ne soit de cause interne, et nous avons eu occasion d'examiner deux cas semblables, l'un appartenant à M. le professeur Poinsot, l'autre à M. Dubois, et nous sommes resté convaincu que dans les trois cas il s'agissait d'une fracture spontanée.

M. Barbe cite un cas du même genre. Un malade vint le consulter, déclarant souffrir d'une dent, il ne remarqua à l'observation qu'un peu de gingivite, et pas de carie; cependant, pendant la nuit, le malade déclara avoir éprouvé la sensation d'un coup de marteau, à la suite de quoi il se sentit immédiatement soulagé. La dent fut extraite, elle était fendue dans le sens de sa longueur et la racine palatine également.

M. Chauvin demande, dans le cas de M. Blocman, combien il s'est écoulé de temps entre le jour où il avait trouvé de la sensibilité à la rugine dans la dent de son malade et l'explosion.

M. Blocman. — Trois semaines. Le sujet est Anglais et consomme beaucoup de glace.

M. Chauvin demande s'il n'y avait pas d'exostose et fait remar-

quer la rapidité avec laquelle s'est produite la décomposition de la pulpe ainsi que l'accumulation des gaz.

M. Blocman répond que non et explique son traitement.

M. Ronnet croit qu'il a dû y avoir un traumatisme antérieur ayant amené la mortification de la pulpe.

M. Godon dit qu'il y a deux questions différentes dans l'observation de M. Blocman : 1° la destruction et la mortification si rapide de la pulpe malgré le traitement appliqué ; 2° la fracture spontanée ou explosion de la dent.

Sur le premier point, il pense que la carie n'était peut-être pas une carie du deuxième degré, ou tout au moins qu'il y avait déjà une pulpite chronique, peut-être, ou bien que la pulpe était déjà morte depuis peu, et souvent dans ce cas l'on trouve dans la dent certains points qui sont encore sensibles et font penser, à un premier examen, que l'on a affaire à un deuxième degré. Quelquefois même, dans les dents à plusieurs racines, la pulpe étant morte et les rameaux vasculo-nerveux détruits dans l'une des racines ayant même donné de la périostite et des abcès alvéolaires, on trouve encore dans les autres racines les nerfs vivants. Il était donc facile de faire erreur sur le diagnostic. Quant à l'explosion, M. Godon cite plusieurs cas qu'il croit dus à l'accumulation des gaz renfermés dans la cavité pulpaire.

M. Heide explique l'explosion par l'accumulation des gaz lorsqu'il y a eu déjà formation, au foramen de la racine, de tissu osseux venant intercepter la communication du canal avec le maxillaire, ce qui expliquerait l'absence de périostite.

M. G. Viau déclare qu'il lui est difficile d'admettre l'explosion des dents par accumulation de gaz dans la cavité pulpaire. Il pense que les accidents du côté de la mâchoire se seraient produits avant ; il croit plutôt que la formation d'une certaine épaisseur de dentine secondaire dans l'intérieur des dents ou des racines serait la cause qui ferait éclater les dents.

M. Meng dit que le premier qui ait parlé de l'explosion des dents est Mac Webb en 1871 ou 1872. Il pense que ce n'est pas une explosion, mais un simple décollement, la dent ayant dû être fracturée précédemment.

M. Viau. — La première observation sur les fractures spontanées a été publiée en 1861 dans la *Revue odontotechnique*.

M. Dubois. — Il est un fait notoire dont nous avons les uns et les autres plusieurs exemples, c'est que des dents se fendent, éclatent spontanément, sans qu'on puisse invoquer un traumatisme actuel, et personnellement j'ai pu observer deux cas de fracture spontanée dans ma pratique.

Sur ce point, nous sommes tous d'accord; où nous différons, c'est sur l'explication du phénomène; le mot explosion préjuge la solution, et nous ne sommes autorisés, aujourd'hui, qu'à faire des hypothèses. En se servant de ce terme, on semble dire que l'accumulation des gaz est bien la cause de ces fractures. Il me semble que si cette hypothèse était vraie, les fractures seraient beaucoup plus fréquemment constatées. Que de dents cariées au quatrième degré ont leurs canaux et leur chambre pulpaire pleins de ces gaz, sans issue possible, sans que pour cela ces dents éclatent. L'autre hypothèse que vient d'indiquer M. Viau me paraît plus fondée. Il y a au musée de l'Ecole une dent fracturée que nous devons à M. Lecaudey et au sujet de laquelle il nous a fait une intéressante communication. Cette dent est fracturée sur son canal, presque entièrement obstrué par de la dentine secondaire; on constate un noyau formé par cette dentine qui ne permet plus actuellement l'ajustement absolu des fragments. Donc il y a certainement des cas de fractures par formation de dentine secondaire; y en a-t-il aussi par accumulation et explosion des gaz; la chose est possible, mais n'a pas encore été démontrée comme dans le cas typique de M. Lecaudey.

M. Viau dit que, lorsque l'on perfore des cavités pulpaires, on ne trouve pas une accumulation de gaz exagérée et capable de faire éclater une dent.

M. Godon pense qu'il faut rejeter le terme *explosion* et prendre celui de fracture spontanée proposé par M. Blocman. Il croit cependant que, par suite des changements de température, les dents déjà fendillées peuvent être prédisposées à se fracturer, et que, selon lui, dans ce cas, l'accumulation de gaz pourrait suffire, qu'en tout cas, la question étant peu connue doit être étudiée et qu'il faut réunir le plus d'observations possibles.

Présentation d'un nouveau clamps par M. Barbe

M. Barbe. — Nous avons tous remarqué le perfectionnement

apporté à la pose de la digue par l'emploi des clamps de M. Stokes. Dans la même voie, j'ai cherché à établir un clamps qui n'ait pas les petits inconvénients du clamps de notre confrère anglais. Il doit faire son trou dans la digue un peu plus grand qu'à l'ordinaire, il risque de déchirer son caoutchouc. Pour éviter ces petites défectuosités j'ai construit le clamps que je vous présente :

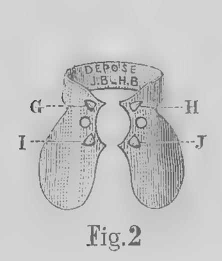


Fig.2

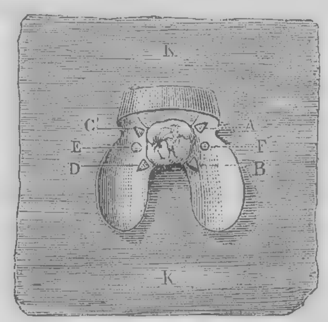


Fig 1

Vous le voyez, il diffère en quelques points du clamps classique ; des ailettes écartent la langue, mais ce qui le différencie le plus du premier, ce sont des soulèvements avec encoches placés à la base du clamps, permettant d'y fixer la digue avant de l'introduire dans la bouche et de la poser autour de la dent avec la plus grande facilité, ce qui est précieux pour travailler sur les grosses molaires. Le tout mis en place, et cela en un instant, un excavateur détache le caoutchouc des encoches et celui-ci enserre la dent comme à l'ordinaire.

Tous les membres admirent l'ingéniosité du clamps de M. Barbe et se rendent compte de la facilité de son emploi.

M. le Président. — Nous ne saurions trop féliciter M. Barbe de son ardeur progressiste. Nous avons déjà eu à l'applaudir pour son injecteur à air chaud, et nous sommes heureux de le faire de nouveau pour son clamps étonnant de simplicité.

Présentation d'une dent surnuméraire temporaire, par M. Godon

M. Godon présente un cas d'anomalie de *nombre*, la présence d'une incisive surnuméraire temporaire dans la mâchoire supérieure d'un enfant de quatre ans. Il espère pouvoir suivre l'enfant afin de voir si dans la dentition permanente il se trouvera de

nouvelles dents supplémentaires et comment cette dent se comportera dans le passage de la première à la deuxième dentition.

Communication de M. R. Chauvin sur un nouveau système de dents a pivot

Vous avez tous suivi, messieurs, avec intérêt, la conférence de notre ami Dubois sur les dents à pivot. Il a fait passer sous vos yeux les différents systèmes anciens ou modernes ; il en a développé les avantages et les inconvénients avec beaucoup de compétence. De tous les systèmes qui ont passé devant nous, aucun ne m'avait complètement satisfait. Tout d'abord, nous devons constater que notre champ d'action pour le placement des dents à pivot se trouve considérablement agrandi par l'application du traitement des caries du quatrième degré, traitement que nous avons appris à l'Ecole dentaire de Paris. Combien de racines peuvent servir pour ce travail qui autrefois étaient laissées en l'état, ou devenaient le siège de fâcheux accidents si l'on avait la malencontreuse idée de les employer inconsidérément.

Dubois nous disait que l'on devait chercher à étendre le plus possible cette branche de la prothèse.

Je suis de son avis, car à mon sens les dents à pivot sont les dents sans plaque, véritablement pratiques au point de vue de la propreté.

En effet, si l'on a soin de laisser un léger intervalle entre les dents fausses et les dents naturelles pour faciliter l'action de la brosse, l'on n'a pas à craindre l'accumulation de détritus alimentaires dans les espaces interstitiels et les caries qui en sont les conséquences. Une chose de laquelle on doit se préoccuper beaucoup dans la pose des dents à pivot, c'est de couvrir complètement la racine afin d'empêcher la décomposition ultérieure de l'ivoire par le séjour des produits salivaires, muqueux ou alimentaires.

Une racine ayant été convenablement soignée et préparée peut supporter pendant de longues années une couronne artificielle, si elle est efficacement protégée.

Ce que je viens vous soumettre ici, messieurs, me semble être le meilleur résultat obtenu jusqu'ici, tant aux divers points de vue dont je viens de vous parler qu'au point de vue de l'esthé-

tique, qui n'est pas à dédaigner en pareille matière. J'aurai, dans les explications que je vais vous donner, à vous faire part de remarques qui paraîtront peut-être bien minutieuses, mais qui me semblent néanmoins avoir une grande importance pour le bon état de la bouche.

Je me servais depuis longtemps déjà du pivot de MM. Contenau et Godart fils, auquel je trouvais de grands avantages sur les autres moyens de fixation.

J'employais souvent dans ces derniers temps la dent plate soudée sur un disque de platine mou couvrant la racine.

Un peu plus tard voulant faire concourir les dents factices à l'articulation et à la mastication, je substituai au disque de platine un talon en caoutchouc blanc couvrant aussi complètement la racine.

J'eus l'occasion de retirer des dents ainsi posées et de m'apercevoir que malgré leur application parfaite sur la racine, elles laissaient exhaler l'odeur si caractéristique des produits de décomposition. Je pus croire, pendant longtemps, que les soins de propreté n'étaient pas aussi minutieux que je l'avais recommandé et j'insistai énergiquement sur ce point. Il y a bientôt une année, j'eus l'occasion de voir les couronnes de Bonwill desquelles, je l'avoue, je ne m'étais nullement préoccupé jusqu'alors. Je trouvai peu pratique le pivot et le moyen de scellement à l'amalgame, mais l'idée me vint de me servir de ces couronnes avec les pivots Contenau. J'eus bientôt l'occasion de mettre cette idée à exécution.

Une cliente, à laquelle j'avais posé cinq dents montées sur or, trois ans auparavant (c'est-à-dire avant mon stage à l'École), vint me consulter et me demander de porter remède à l'état déplorable des racines sur lesquelles reposait la pièce. J'entrepris alors le sauvetage (c'est le mot propre) de ces malheureuses racines. Après un long traitement, j'obtins un plein succès et je pus enfin boucher l'extrémité radiculaire des canaux.

Voici comment j'opérai ensuite le placement des dents :

1° Scellement du tube à rainures de Contenau : j'élargis suffisamment le canal pour y placer les tubes et fis à l'extrémité inférieure des racines une rainure circulaire pour la rétention de la matière obturatrice, puis je scellai avec du Poulson;

2° Prise des empreintes :

Je pris d'abord une empreinte générale au plâtre, sur laquelle j'ajustai et j'articulai cinq couronnes de Bonwill, puis pour avoir la direction exacte des tubes, je pris l'empreinte de la racine par laquelle je voulais commencer la série, sortant avec cette empreinte la tige en maillechort qui est la reproduction exacte de la tige en or qui doit servir en dernier lieu. Avant de couler le modèle, je me servis de la moitié du tube de platine, assez long pour être partagé, que je glissai sur la tige.

J'étais certain ainsi de la direction exacte que je devais donner à mon pivot.

3° Confection de la dent :

La couronne de Bonwill étant ajustée, je préparai le pivot. Ici se place une petite digression : le pivot, à rainures extérieures correspondant exactement aux rainures intérieures du tube, se compose de deux demi-joncs accolés et soudés ensemble à l'une des extrémités. Il est important lorsque cette tige est trop longue de la raccourcir du côté des deux branches libres ; on s'exposerait dans le cas contraire, sinon à désunir toujours les deux parties de la tige, au moins à ne les laisser soudées que sur une minime longueur. La couronne de Bonwill étant largement excavée à l'intérieur permet de laisser à la partie de la tige qui n'entre pas dans le tube une longueur raisonnable. Pour la rétention de cette tige dans la dent, il est bon de faire à son extrémité un petit épaulement sur lequel on soude une barrette en croix que l'on ajuste suivant le besoin dans l'excavation de la couronne ; on peut aussi faire quelques petites aspérités un peu au-dessous de la barrette. Ces diverses préparations terminées, je scellai, sur le modèle, la tige à la couronne toujours au moyen du Poulson dont le trop plein s'échappe par l'ouverture laissée sur la face articulaire de la dent. L'avantage de ce scellement en dehors de la bouche est incontestable ; il permet de laisser durcir le ciment autant qu'on le veut. Quand le durcissement du ciment fut complet, je creusai l'ouverture de dégagement en excavant autour des bords et j'aurifiai, avec l'or adhésif et à la main, bien entendu, cette surface en contact avec les liquides buccaux. J'opérai de même pour les quatre autres dents, ayant soin avant la prise de chaque empreinte de mettre dans la bouche la dent précédemment faite pour mieux placer la suivante. J'avais ainsi une application parfaite de la cou-

ronne artificielle sur la racine et des dents inébranlables même au contact de l'articulation.

MM. Viau, Barbe et Lowenthal, qui ont vu les cinq dents dans la bouche, pourront vous donner leur appréciation. Ma cliente est une personne fort soigneuse qui, heureuse de se voir la bouche en parfait état, n'eut garde de manquer aux prescriptions minutieuses dont je lui recommandai l'emploi.

Je fus donc un peu surpris 15 jours après en retirant les dents de constater comme précédemment une odeur de décomposition, peu accentuée il est vrai, mais très perceptible. Il me fut facile de constater que les dents avaient été parfaitement brossées, que rien n'avait séjourné dans les interstices et que cette odeur venait des parties en contact avec les racines. Les liquides de la bouche malgré l'application rigoureuse de la couronne avaient trouvé moyen de pénétrer, de séjourner et de se décomposer. Je fis alors l'expérience suivante sur une seule dent. J'enlevai sous la couronne une grande partie du ciment. Je fis sur la racine une rainure circulaire assez profonde, aussi large que possible et à double queue d'aronde, je creusai le ciment autour du tube et, tenant la racine à l'abri de l'humidité, je scellai le tout avec de nouveau ciment. Pour savoir si j'avais enfin trouvé le moyen d'éviter la pénétration, je fus obligé quelques jours plus tard de retirer assez violemment la dent ainsi scellée, mais je fus assez heureux pour constater que j'avais pleinement réussi.

Voilà, messieurs, tout ce que j'avais à vous dire à ce sujet; permettez-moi de résumer en quelques mots les avantages du système que je viens de vous exposer.

1° Avec le pivot à rainures qui entre à frottements dans le tube, on donne, en écartant les deux branches qui font ressort, une grande fixité à la dent ;

2° Cette fixité permet de sceller complètement la dent à la racine sans craindre que les chocs de l'articulation viennent détruire ce travail ;

3° Ce scellement met la racine sur laquelle on opère à l'abri de la destruction ;

4° Au point de vue de l'esthétique, il n'y a que la dent naturelle qui puisse donner un résultat plus satisfaisant.

Certes, j'espère bien que le dernier mot n'est pas dit là-dessus,

car le champ est vaste, la conférence de Dubois le prouve ; mais je crois qu'il y a progrès et que ce progrès peut être un encouragement à chercher de meilleures solutions à cette importante question.

M. Chauvin fait circuler deux modèles, portant cinq dents antérieures à pivot posées d'après ce système.

M. Viau dit qu'il a vu la personne qui porte ces cinq dents et qu'il a admiré la perfection de ce travail au point de vue de l'esthétique.

M. Loventhal également.

M. Butlin déclare qu'il se contente dans la pose des dents à pivot de souder une tige de platine entre les crampons des dents et faire le talon avec du ciment de Rostaing. Il trouve que la dent est très solide ainsi.

M. Godon fait remarquer que dans ce cas le ciment doit s'user assez rapidement tandis que dans le procédé de M. Chauvin cela ne peut arriver.

M. Dubois. — Dans le procédé qui vient de nous être présenté par notre ami Chauvin, il y a un perfectionnement qui lui est bien personnel : c'est la fixation de la couronne artificielle sur la racine par le moyen du ciment, quoique il ait été placé un tube. Le ciment et les différentes matières obturatrices ont été tour à tour employés pour la fixation des dents à pivot, mais alors on ne se servait pas du tube. Tel est le système Bonwill, celui de Weston et les différents systèmes à vis taraudée préalablement dans la racine.

Il est évident que ce perfectionnement de détail ne peut qu'ajouter à la solidité de la dent à pivot. Pourtant, je me permettrai de faire une petite critique. On a fait, aux Etats-Unis, un reproche assez grave aux dents de Bonwill : c'est leur peu de solidité. Et si l'on se sert du tube, je trouve qu'il y a avantage à utiliser la dent plate avec talon de caoutchouc blanc. Les dents de Bonwill doivent surtout servir pour des dents à plusieurs racines, mais pour des dents antérieures la dent plate est, à mon avis, plus solide.

M. Chauvin répond à M. Dubois que le reproche de fragilité adressée aux couronnes de Bonwill se justifie surtout par l'emploi de l'amalgame pour leur scellement. L'amalgame étant un corps

dur tend à favoriser l'éclatement de la dent. Avec le phosphate de zinc, comme moyen de scellement, rien de pareil à craindre; ce plombage est très adhérent et non rigide comme un métal. Il constitue donc un soutien pour la couronne artificielle.

M. Godon demande si en faisant son Poulson assez liquide, i ne craint pas qu'il ne se désagrège assez facilement.

M. Chauvin détermine la proportion dans laquelle le Poulson, quoique liquide, devient très dur.

M. Dubois explique le système de la vis employée par Bing.

M. Chauvin insiste sur la nécessité d'une parfaite occlusion de la racine.

Essais sur le continous-gum, par M. Chauvin.

M. Chauvin présente quelques essais de continous-gum et promet de venir en faire la démonstration à la société.

Rapport sur la fusion des différentes sociétés professionnelles, par M. Godon.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la fusion des différentes Sociétés professionnelles. M. Godon donne lecture du rapport de la commission qui conclut à l'adoption de la proposition de MM. Chauvin et Dubois.

On passe au vote sur le règlement de l'*Association générale des dentistes de France*, Société résultant de la fusion. L'assemblée adopte, après discussion, article par article, et vote sur l'ensemble du règlement qui est adopté à l'unanimité.

L'assemblée adopte également le règlement intérieur de la *Société d'Odontologie* modifié d'après la nouvelle organisation du groupe.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire général,
H. Godon.

Séance du mardi 20 *mai* 1884

ordre du jour :

Présentation de modèles de pompes à salive.
1° Modèle de M. Michaëls.
2° d° de MM. Ronnet et Trallero.
De la résorption des racines des dents permanentes. Observations par M. Godon.
Présentation d'un ouvre-bouche avec miroir de M. Barbe.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

I. — But de la Société.

Article premier. — Il est institué par l'*Association générale des dentistes de France* une réunion scientifique ayant pour but de vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art ou à la science dentaire, et de produire et de discuter les faits nouveaux

Art. II. — La Société prend le titre de *Société d'Odontologie de Paris*.

II. — Composition de la Société

Art. III. — La Société se compose de membres titulaires.

Art. IV. — Membres titulaires. — Sont admis comme membres titulaires :

1o Le directeur, le corps enseignant et les diplômés de l'Ecole dentaire de Paris ;

2o Les dentistes et les médecins, membres de l'Association générale ou non, après un travail présenté, intéressant l'Odontologie (art ou science dentaire).

Art. V. — Toute personne qui devient membre de la Société d'Odontologie devient par le fait membre de l'Association générale des dentistes de France. — Son admission est soumise à l'approbation du conseil de direction de l'Association générale.

(Les membres titulaires de provinee ou de l'étranger prennent le titre de membres correspondants).

III. — Administration

Art. VI. — La Société est administrée, en outre de trois délégués du Conseil de direction de l'Association, par un bureau pris dans son sein, nommé par elle et qui est chargé de sa direction scientifique.

Art. VII. — Le bureau est composé de 6 membres dont :

1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires des séances.

Le président est chargé de présider les séances, de diriger les débats, recevoir les communications et apposer sa signature sur toutes les pièces importantes de la Société.

L'un des deux vice-présidents assiste le président ou le supplée lorsqu'il est empêché.

Le secrétaire général prépare les séances de la Société, se charge de la correspondance, revoit et vérifie tout ce qui doit être publié, veille

à l'exécution du règlement et des décisions de la Société et fait les convocations.

Il fait un rapport annuel sur l'ensemble des travaux de la réunion.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction des procès-verbaux des séances. L'un des deux secrétaires remplace le secrétaire général lorsqu'il est empêché.

Art. VIII. — Les membres du bureau sont nommés tous les ans en assemblée de janvier à la majorité des membres présents.

Le bureau se met en rapport avec la commission d'administration nommée par le conseil de direction de l'Association générale pour toutes les dépenses intérieures de la Société qui sont soumises à l'approbation du conseil.

IV. — Assemblées mensuelles

Art IX. — La Société se réunit le troisième mardi de chaque mois sur convocation spéciale adressée par le secrétaire général à tous les membres titulaires et contenant l'ordre du jour.

Art. X. — Les travaux des séances mensuelles se composent de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, de la correspondance, des élections, des rapports des commissions, de la lecture des observations, mémoires, ouvrages des membres de la Société, ou adressés à la Société, de l'exposition ou de la démonstration d'objets matériels, etc.

Art. XI. — Les travaux des personnes étrangères à la Société peuvent être présentés et lus soit par l'auteur, soit par un membre de la Société.

Art. XII. — Peuvent assister aux séances mensuelles :

1° Les membres titulaires;

2° Les membres de l'Association générale des dentistes de France.

3° Des personnes étrangères à la Société sous la responsabilité d'un membre présent.

Art. XIII. — Les membres titulaires et les membres de l'Association générale peuvent prendre part aux discussions, mais les membres titulaires seuls ont droit de vote.

V. — Assemblées générales

Art. XIV. — L'assemblée générale a lieu tous les ans, le troisième mardi de janvier, pour procéder au renouvellement du bureau. Le secrétaire général fait, au nom du bureau, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année qui vient de s'écouler, rapport qui est adressé au conseil de direction de l'Association générale.

VI. — Elections

Art. XV. — Pour être membre titulaire, le candidat doit adresser au secrétaire général une demande contenant ses nom, prénoms, titre et qualités, ainsi qu'un travail manuscrit ou imprimé sur un sujet ayant rapport à l'Odontologie.

ART. XVI. — Le secrétaire général présente la demande en séance et remet toutes les pièces à une commission spéciale après que le candidat a donné lecture de son travail.

ART. XVII.—La commission, après avoir pris connaissance des titres du candidat ainsi que du travail présenté, fait un rapport sur lequel il est statué. — L'élection se fait au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

ART. XVIII. — Le conseil de direction de l'Association générale ratifie l'élection du candidat.

VII. — RADIATION

ART. XIX. — La Société se réserve le droit de prononcer la radiation d'un membre indigne. L'exclusion sera prononcée après enquête, sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq membres dont les conclusions seront acceptées ou rejetées par un vote sans discussion et au scrutin secret.

ART. XX. — Tout membre radié de l'Association générale des dentistes de France est *ipso facto* radié de la Société d'Odontologie de France, et réciproquement.

VIII. — PUBLICATIONS

ART. XXI. — Les travaux de la Société seront publiés dans les journaux de la profession et particulièrement dans l'organe de l'Association générale. — Ils se composent des procès-verbaux de ses séances, des rapports, des mémoires fournis par les membres de la Société ou des personnes étrangères, ainsi que de tout ce que la Société jugera après délibération digne d'être publié. Le secrétaire général revoit, vérifie et classe tout ce qui doit être publié.

IX. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. XXII. — En cas d'insuffisance du présent règlement intérieur, il y sera pourvu par une délibération expresse de la Société après un rapport d'une commission spéciale discuté à la séance suivante.

BIBLIOGRAPHIE

TRANSACTIONS OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

23e SESSION

Comité de publication : Geo. H. Cushing, A. V. Harlan, S. G. Perry

La luxueuse publication que fait la S. S. White Dental Manufacturing C° des comptes rendus du congrès national des dentistes des Etats-Unis, ne peut que recevoir l'admiration de ceux qui n'ont pu encore établir tous les instruments de progrès dont l'initiative de nos confrères américains a doté leur profession.

On aura une idée de l'importance de ces grandes assises de la science professionnelle en lisant la nomenclature des principaux sujets traités :

Dents syphilitiques, par M. Friedrichs.

Traitement de la pyorrhée alvéolaire, par M. Harlan.

Action de l'acide arsénieux sur les tissus de la pulpe et de la dentine, par M. Bodecker (1).

Un nouveau système de couronnes artificielles, par M. Matteson.

Articulation et mécanisme de la parole, par M. Kingsbly.

Traitement des dents des enfants.

Discussion sur les meilleurs matériaux à employer pour obturer ces dents.

Discussion sur la combinaison de l'étain et de l'or, et de l'or et de l'amalgame dans la même cavité.

Irrégularité des dents et leurs méthodes de traitement.

P. D.

(1) Nos lecteurs ont eu connaissance de ces communications par la traduction de M. Blocman.

Pathologie externe

Note sur la pathogénie des kystes dentaires dits périostiques par M. L. Malassez

Une discussion scientifique vient de s'élever à la Société de biologie sur l'origine des kystes dentaires. Deux théories sont en présence — celle de M. Magitot et celle de M. Malassez. — Nous exposerons d'abord les idées de M. Malassez et nous reproduirons ensuite l'argumentation de M. Magitot.

« J'ai eu l'occasion d'étudier, grâce à MM. Reclus, Terrillon, Rigal, un certain nombre de ces très petits kystes que l'on trouve parfois appendus à l'extrémité des racines des dents, et que l'on peut considérer comme étant l'origine de ces kystes plus volumineux dans lesquels plongent les racines des dents et que M. Magitot a désignés sous le nom de kystes périostiques ; tel était le kyste que nous a présenté M. Nepveu à la séance du 8 mars dernier. D'une façon générale ces kystes répondaient assez bien à la description qu'en a donnée M. Magitot : ils sont constitués par une paroi fibreuse et sont tapissés intérieurement d'un épithélium pavimenteux. Cependant on y pouvait observer certains faits qui me semblent jeter quelque clarté sur la pathogénie de ces kystes, et sur lesquels il me paraît bon d'appeler l'attention.

Le premier fait que je signalerai, c'est que la plupart de ces kystes présentaient des traces d'inflammation plus ou moins vive. Dans l'épaisseur des parois, principalement le long des vaisseaux, il y avait une accumulation de petites cellules rondes, comprises dans une substance conjonctive peu ou pas fibrillaire, ne se colorant pas en rose par le picrocarmin comme le fait le tissu fibreux ; dans certains kystes les cellules étaient si serrées les unes contre les autres, qu'on aurait cru voir de petits abcès au début. A la surface interne des kystes on retrouve le même tissu conjonctif embryonnaire, formant parfois une couche sous-épithéliale ; c'est là ce qui constitue ces petites végétations qui font si fréquemment saillie dans la cavité kystique et sont également revêtues d'épi-

thélium pavimenteux. Dans l'un de nos kystes ce processus inflammatoire était très développé, les couches internes des parois avaient l'aspect d'un tissu de bourgeons charnus, le revêtement épithélial avait en majeure partie disparu; si bien qu'à un examen superficiel on aurait pu le prendre, non pour un kyste enflammé, mais pour un abcès en voie d'enkystement, et voir là un exemple de transformation d'un abcès en kyste épithélial; hypothèse inadmissible, parce que avec nos connaissances actuelles on ne peut concevoir une génération spontanée d'épithélium. On voit bien les corps étrangers s'entourer dans les tissus de cellules conjonctives ou endothéliales, mais jamais de cellules épithéliales proprement dites, et encore cela ne se produit-il que s'il n'y a pas de suppuration.

Le développement des végétations intra-kystiques, la disparition du revêtement épithélial nous permettent de soupçonner un mode de guérison pour ces kystes; la cavité se comblerait peu à peu, puis disparaîtrait complètement, ne laissant après elle qu'une masse conjonctive. C'est d'ailleurs ce que l'on peut observer à l'état normal dans certains follicules de de Graaf qui s'atrésient à l'état pathologique dans bon nombre de conduits épithéliaux enflammés qui s'oblitèrent.

Dans un autre kyste que j'ai examiné, le squelette fibreux était bien le même que dans les précédents, mais à la place des foyers inflammatoires situés dans l'épaisseur des parois, à la place des végétations internes de revêtement épithélial et même du contenu kystique, on ne voyait qu'une masse de granulations et de corps réfringents d'apparence graisseuse, au milieu desquels on ne distinguait que par places, ici quelques cellules rondes, là quelques cellules épithéliales à peine reconnaissables. Ceci nous montre que les kystes peuvent, à un moment donné, subir une dégénérescence graisseuse dans tous leurs éléments cellulaires, ce qui est peut-être encore un mode de guérison, comparable, celui-à, aux tubercules qui s'enkystent et se caséifient.

Un autre détail, intéressant à noter, consiste en l'existence dans l'épaisseur des parois, principalement dans les couches les plus externes, de petits corps arrondis, dont les plus gros sont manifestement de nature osseuse et de formation récente. Peut-être est-ce là le début du processus concourant à la formation de

cette coque osseuse qui enveloppe les gros kystes et que l'on ne peut attribuer toujours et uniquement à la simple distension du maxillaire.

J'arrive maintenant au fait le plus important que j'ai vu. N'admettant pas qu'un kyste à revêtement épithélial puisse provenir d'un abcès ou se développer spontanément en plein tissu conjonctif ou osseux, supposant qu'il pouvait être resté dans les tissus quelque débris épithélial fœtal, ou y être arrivé quelque bourgeon épithélial provenant d'un tissu épithélial voisin, du rebord gingival par exemple, j'avais fait et examiné un très grand nombre de coupes de quelques-uns de ces kystes, afin de voir si je n'y trouverais pas quelques traces de ces débris fœtaux ou de ce processus épithélial. Or, voici ce que j'ai observé sur l'un de ceux qui m'ont été apportés, en 1876, par M. Reclus :

Sur l'une des coupes, dans l'épaisseur de la paroi, il coulait une masse épithéliale très allongée en forme de boyau, de cordon, et formée de cellules pavimenteuses du type malpighien. Son extrémité interne était creuse, tubulée, et s'ouvrait en entonnoir dans la cavité kystique; l'épithélium qui tapissait cette portion était également pavimenteux; il se continuait, d'une part avec l'épithélium plein du cordon épithélial, et de l'autre avec le revêtement épithélial de la cavité kystique. L'autre extrémité se dirigeait du côté de la surface externe du kyste, se bifurquait, et là se trouvait coupée obliquement. J'ai pu la trouver sur des coupes voisines et voir qu'elle se ramifiait en plusieurs branches, toujours ornée de cellules pavimenteuses du type malpighien, comme les parties précédentes. Quelques-unes se terminent en culs-de-sac, mais il en est d'autres que je n'ai pu suivre.

J'ai retrouvé des formations analogues dans les parois de tous les autres kystes que j'ai examinés, même sur celui dont j'ai parlé précédemment et qui avait subi cette dégénérescence graisseuse complète. Cependant, soit que les coupes n'aient pas été faites en nombre suffisant (et c'est arrivé pour quelques-unes, je l'avoue), soit que ces productions aient été vraiment moins développées, je n'en ai pas observé d'aussi étendues que dans le cas précédent. C'étaient, sur la plupart, de simples bourgeons épithéliaux pleins partant de la surface kystique et s'enfonçant peu dans l'épaisseur de la paroi. Quelques-unes m'ont paru réellement se terminer là,

en sorte qu'on aurait affaire à des formations épithéliales encore peu développées et qu'on pourrait considérer comme représentant les premières phases de développement des grands cordons ramifiés sus-décrits. Sur une autre pièce, les productions épithéliales au lieu d'être pleines et massives, étaient creuses.

Je dois signaler ici une cause d'erreur qu'il n'est pas toujours facile d'éviter : j'ai dit que la surface interne présentait souvent des végétations revêtues d'épithélium ; or, il ne faudrait pas prendre pour des bourgeonnements d'épithélium les espaces situés entre deux végétations voisines, lesquels espaces étaient limités par l'épithélium, des végétations ont parfois sur des coupes l'aspect de tubes ou de cordons coupés dans leur longueur.

Dans ces divers kystes, l'épithélium constituant les bourgeons épithéliaux n'avait pas toujours le type malpighien aussi prononcé que dans le premier cas ; ils étaient formés parfois de cellules simplement polyédriques, comparables à celles qui composent les ligaments des dents temporaires ou permanentes.

Que sont ces formations épithéliales ? Les rapports de voisinage et de continuité, les ressemblances de tissu qu'elles présentent avec les kystes, prouvent évidemment qu'il y a entre eux une parenté intime ; mais dans quel sens est-elle ? 1° les cordons épithéliaux sont-ils des productions de nouvelle formation parties de la muqueuse gingivale, pour s'enfoncer entre l'alvéole et la dent jusqu'à l'extrémité de celle-ci et se développant là en cavité kystique ? 2° sont-ce des débris épithéliaux de la vie fœtale d'origine gingivale ou dentaire dont une portion serait devenue kystique ? 3° on pourrait enfin se demander si, parmi eux, il n'en est pas qui soient de simples bourgeonnements de la paroi kystique, quelle que soit d'ailleurs l'origine du kyste ?

Je passe sur cette troisième hypothèse, très vraisemblable d'ailleurs, parce qu'elle est accessoire et ne résout pas le problème pathogénique posé ; restent donc les deux hypothèses précédentes.

La première est évidemment très possible ; il se produirait chez l'adulte quelque chose d'analogue à se qui se passe chez le fœtus ; seulement, au lieu d'aboutir à la formation d'une dent, une dent de troisième dentition, ce serait un kyste qui serait produit. On pourrait encore comparer ce processus à ces bourgeons tubulés

que de Sinéty et moi avons trouvé dans les ovaires kystiques, lesquels partent de la surface ovarienne et s'enfoncent plus ou moins profondément dans le stroma ovarien pour y former des kystes. Cependant, et quoique ce soit là comme un souvenir d'un processus fœtal, il paraîtra peut-être étrange qu'un bourgeon épithélial de nouvelle formation puisse suivre un trajet si long, si spécial, sans arrêt intermédiaire, pour ne prendre son développement final qu'à l'extrémité de la racine de la dent.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Paris, le 29 avril 1884.

Monsieur le directeur de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris

L'industrie française de la mécanique, jusqu'à ce jour, n'a pas marché de front avec les progrès qu'ont apportés les praticiens éminents à l'art dentaire.

Il y avait là une lacune sensible, qui nous rendait pour ainsi dire tributaires des pays étrangers : combler cette lacune, amener la partie mécanique à la hauteur de l'art qu'elle doit servir, voilà, monsieur le directeur, la tâche à laquelle je me suis dévoué.

L'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris, voudront bien accepter, je l'espère, le fauteuil d'opération que je me permets de leur présenter. Je l'ai construit avec les derniers perfectionnements et d'après un modèle que j'ai fait déposer.

Si les hommes éminents qui dirigent l'Ecole dentaire jugent que mes efforts n'ont pas été tout à fait stériles, j'aurai un précieux encouragement à me mettre de plus en plus au service de l'art dentaire et de ceux qui le cultivent.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

J. WIRTH.

L'*Odontologie* a toujours encouragé les efforts faits en France pour améliorer l'outillage et nous espérons que la bonne volonté de M. Wirth servira les progrès de l'art dentaire. Le conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France lui a décerné le titre de membre bienfaiteur pour le beauprésent qu'il a fait à l'Ecole dentaire. Chacun de nous applaudira cette décision.

DENTISTIANA

Monsieur le docteur,

Je vous ai recommandé M X..., négociant en vins...... soyez assez bon pour lui envoyer votre système de mâchoire entière pour homme, avec l'aperçu de vos prix, il a l'intention de s'en faire faire une.

Recevez, etc.

NOUVELLES

Le banquet de l'Association générale des dentistes de France aura lieu le samedi 24 mai, à 7 heures du soir, dans les salons Lemardelay, 100, rue de Richelieu.

Adresser les demandes de souscription à l'un des commissaires :

Dubois, 104, rue Saint-Lazare.

Dugit, 6, rue du 29 Juillet.

Pinard, 18, rue Laffitte.

Ronnet, 5, rue des Filles-Saint-Thomas.

Viau, 16, avenue de l'Opéra.

Nous apprenons avec plaisir qu'un service de clinique dentaire vient d'être organisé par la municipalité de Rouen, et que ce service vient d'être confié à un élève diplômé de l'Ecole dentaire, M. Beugnot.

COURS DE PROTHÈSE DENTAIRE

Le samedi 17 mai.

Démonstration du procédé pour faire le continous-gum, par M. Chauvin.

L'Administrateur-Gérant : Paul DUBOIS.

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

UNION — 1879 **ASSOCIATION GÉNÉRALE** PROGRÈS — 1884

DES

DENTISTES DE FRANCE

Siège social : rue Richer, 23, à Paris

L'ASSOCATION COMPREND :

1° L'Ecole et l'Hôpital Dentaires de Paris,
2° La Société d'Odontologie de Paris,
3° Le Syndicat professionnel & la Caisse de Prévoyance des Dentistes,
4° Le Journal l'*Odontologie*.

CONSEIL DE DIRECTION

BUREAU

MM. **Em. LECAUDEY,** *Président, Directeur de l'Ecole.*
P. POINSOT, *Vice-Président.*
V. WIESNER, — —
Ch. GODON, *Secrétaire général.*
G. VIAU, *Secrétaire correspondant.*
RONNET, *Trésorier.*
P. DUBOIS, *Bibliothécaire.*
G. BLOCMAN, *Conservateur du Musée.*

MEMBRES DU CONSEIL

Dr Aubeau.	Dr David.	Dr Levett.	Pillette.
Barbe.	A. Dugit.	M. Lagrange.	Potel.
L. Bioux.	F. Gardenat.	De Lemos.	Dr Thomas.
R. Chauvin.	Lemerle.	Pinard.	

MEMBRES HONORAIRES

E. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — A. Dugit père.

AVIS

L'Association générale des Dentistes de France, issue du groupe de confrères qui, depuis 1879, a pris en main et travaille avec un succès constant à la cause du relèvement moral et scientifique de la profession est composée de plus de deux cent cinquante dentistes. L'Association offre à ses membres, par l'*Ecole Dentaire,* un enseignement professionnel complet ; par sa *Société scientifique,* un laboratoire pour l'étude et l'expérimentation des œuvres nouvelles ; par son *Syndicat professionnel,* un organe de la défense des intérêts de tous ; par sa *Caisse de prévoyance,* des secours dans les cas de malheur ou maladies et, enfin, par son *Journal,* un moyen de publication pour tout ce qui est nouveau et utile.

Les Dentistes, Médecins, ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société à M. **Ch. GODON**, *secrétaire général de l'Association,* **72, boulevard Haussmann,** à **Paris.**

La cotisation annuelle est de *vingt francs.*

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES
DE PARIS

FONDÉS PAR SOUSCRIPTION PUBLIQUE EN 1880

23, rue Richer, 23

Année scolaire 1884-85

EM. LECAUDEY, *Président-Directeur*

(Même Conseil de Direction que pour l'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES)

ENSEIGNEMENT

L'enseignement est théorique et pratique et divisé en Deux Années.

COURS THÉORIQUES DU SOIR

PREMIÈRE ANNÉE (tous les soirs de **8** heures à **9** heures) :

Anatomie descriptive et Physiologie.....	Dr DENY, ex-interne des Hôpitaux, médecin de l'Hôpital de Bicêtre.
Eléments de Pathologie générale........	Dr L. THOMAS
Thérapeutique et matière médicale.....	Dr A. AUBEAU
Physique, Chimie et Métallurgie, appliquées à l'Art dentaire................	Dr FAUCHER, ex-interne des Hôpitaux.

DEUXIÈME ANNÉE (de **9** heures à **10** heures du soir) :

Anatomie et physiologie Dentaires	Dr V........, prof. suppléant, BLOCMAN, D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris.
Pathologie spéciale. — Maladies de la bouche......	Dr L. THOMAS
Pathologie spéciale. — Affections du système dentaire....................	Dr DAVID
Thérapeutique spéciale — Trait. obturation des dents	P. POINSOT
Thérapeutique spéciale — Anesthésie................	Dr AUBEAU
Prothèse dentaire	G. VIAU, D. E. D. P., ex-chef de clinique.
Cours pratique d'Anatomie et de Physiologie comparée et Dissection	Dr DENY.

ANNÉE PRÉPARATOIRE (de **8** heures à **9** heures du soir) :

Eléments de Physique, Chimie et Mécanique............................	Dr A. AUBEAU
Histoire naturelle (Zoologie, Botanique et Géologie)......................	Dr GÉRARD, docteur ès sciences. prof. suppléant, Dr MARIE.
Eléments d'Anatomie et de physiologie.	Dr DENY

COURS PRATIQUES DU MATIN

CLINIQUE

Tous les matins de **8** *heures à* **10** *heures.*

PAR LES PROFESSEURS : **Dr Aubeau, Dr David, Dr Levett, P. Poinsot, Dr Thomas, G. Viau**
CHEFS DE CLINIQUE : **Blocman, Bioux, Chauvin, Dubois, Godon, M. Lagrange, Ronnet.**
DÉMONSTRATEURS : **Barbe, de Lemos, Giret, Heide, Lemerle, Potel, Prest.**

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Tous les matins de **8** *heures à* **10** *heures.*

Démonstrations et exercices pratiques d'aurifications. (or adhésif et or non-adhésif). Par le Dr LEVETT.

CLINIQUE ANESTHÉSIQUE

Le mercredi matin de **9** *heures à* **10** *heures.*

Démonstrations et exercices pratiques d'anesthésies au protoxyde d'azote, chloroforme, etc. Par le Dr AUBEAU.

SALLE DE DISSECTION

Mardi et jeudi soir à **8** *heures et dimanche matin à* **10** *heures.*

Exercices de dissection par le Dr DENY.

LABORATOIRE DE CHIMIE

Expériences et manipulations sous la direction du Dr FAUCHER.

LABORATOIRE DE MICROGRAPHIE

Démonstrations et exercices de micrographie par le Dr GÉRARD, Dr ès-sciences; prof. suppléant dentaire. Dr MARIE.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

Tous les matins de **10** *heures à* **midi.**

Exercices pratiques sous la direction du chef de laboratoire, M. POTEL, D. E. D. P.

AVIS

L'**Ecole dentaire de Paris**, la première Ecole professionnelle de ce genre en France, elle a su gagner la confiance des membres de la profession et l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical.

Deux cents dentistes sont venus depuis quatre ans, de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours. Soixante-dix ont, après examen sérieux, obtenu son *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique. Conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes. L'approbation de tous prouve que le but a été atteint.

Tout dentiste désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1884-85, est prié d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonne vie et mœurs; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. CH. GODON secrétaire général, 72, boulevard Haussmann, ou à M. G. VIAU, secrétaire correspondant, 16, avenue de l'Opéra, Paris.

(*Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.*)

VOL. 4. **Paris, 1er Juin 1884** N° 6.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR JUIN 1884.

PARALDÉHYDE.

Par le Docteur A. Aubeau.

L'alcool ($C^2 H^6 O$), produit de la fermentation des liquides sucrés, donne naissance, en s'oxydant, à de nouvelles substances, telles que l'*acide acétique* ($C^2 H^4 O^2$), qui existe dans le vinaigre et l'*aldéhyde* ($C^2 H^4 O$). Ces derniers produits peuvent eux-mêmes donner naissance à de nouveaux dérivés ; c'est ainsi que l'*aldéhyde* offre une grande tendance à se convertir en modifications polymériques.

Un corps résultant de la condensation de trois molécules d'*aldéhyde* a pour formule chimique 3 ($C^2 H^4 O$) ou ($C^6 H^{12} O^3$) ; ce corps est la *Paraldéhyde.*

Historique. — La paraldéhyde a été découverte, en 1829, par Weidenbuch.

En 1882, le Dr Vincent Cervello, de Palerme, étudia le premier l'action pharmaceutique de cette substance. Depuis cette époque, les recherches physiologiques et les expérimentations thérapeutiques se sont multipliées.

Les principales publications faites sur ce sujet sont celles de :

CERVELLO. — Archive per le scienze médicale, Vol. VI, N° 12, et Vol. VII, N° 1.
ALBERTONI. — Arch. itali. N° 2, 1883.
BROWN. — Bristish Médical Journal, mai 1883, p. 966.
MORSELLI. — H. Pisani, 1833, N°s. 4, 5, 6.
GUGL. — Wiener Zeitschrift für Therapie, 1er Août 1883.
PERETTI. — Berliner Klin, Woch. 1er Oct. 1883.
BERGER. — Breslauer. Zeitsch. 1883, N° 6.
LANGRUETER. — Deutsche Médizinal Zeitung, 23 août 1883.
MASIUS. — Ann. Soc. Méd. Chir. de Liège, décembre 1883, p. 479.
ELOY. — Union médicale, 15 janvier 1884, N° 8, p. 85.
DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ. — Recherches sur la puissance toxique des alcools, Paris 1879, p. 185.
DUJARDIN-BEAUMETZ. — Bul et mém. de la Société thérapeutique, 29 février et 15 mars 1884.
— Bulletin génér. de thérapeut. 30 janv. 1884.
YVON. — Bulletin génér. de thérapeut. 30 janv 1884.
E QUINQUAUD. Compte rendu Hebd. de la Société de Biologie, séance du 15 mars 1884.
A. HÉNOCQUE. – Compte rendu Hebd. de la Société de Biologie, séance du 15 mars 1884.
L. COUDRAY. — Thèse de Paris, 25 avril 1884.

Toutes les recherches n'ont pas été publiées.

C'est ainsi que M. le Dr Dubois a fait, pendant les mois de février et mars 1884, au laboratoire de Physiologie de la Sorbonne, une série d'expériences dont il n'a pas donné les résultats. Nous-mêmes avons entrepris, vers cette époque, au laboratoire de l'École Dentaire de Paris, des recherches sur l'action de la Paraldéhyde, administrée par la méthode des mélanges titrés suivant les indications de M. P. Bert ; pendant que M. Poinsot étudiait la paraldéhyde, au point de vue spécial de l'art dentaire.

Nous nous proposons de publier ultérieurement des expériences faites dans un sens différent, mais nous pouvons aborder, dès à présent, l'étude générale de la Paraldéhyde.

Propriétés physiques. — La paraldéhyde est un liquide volatil, incolore, d'une odeur spiritueuse, pénétrante et persistante, intermédiaire à celle de l'esprit de bois et à celle de l'essence de térébenthine ; d'une saveur piquante et chaude, qui rappelle, à un certain point, celle du camphre.

Sa densité a 15° C. — 0, 998.

A basse température, elle se solidifie et cristallise. La paraldéhyde, à l'état solide, est moins dense qu'à l'état liquide ; les cristaux flottent dans le liquide comme la glace

dans l'eau. Ces cristaux fondent à 10°5. Elle bout à 124° C en se décomposant.

La paraldéhyde est plus soluble dans l'eau froide que dans l'eau chaude. A 15° C, une partie de paraldéhyde se dissout dans huit parties d'eau. Quand on chauffe la solution aqueuse, elle se trouble et perd la moitié de la paraldéhyde qu'elle contient.

Les recherches que nous avons faites sur son pouvoir dissolvant nous ont donné des résultats intéressants. La paraldéhyde dissout l'huile, la cire, l'essence de térébenthine, le camphre, le benjoin, la cholestérine, l'iodoforme, le chloral. Elle dissout les corps gras, tels que le beurre et l'axonge. Elle ne s'unit pas à la glycérine du commerce ; si l'on mélange ces deux substances et qu'on les agite dans un tube en présence de l'air, elles forment une sorte d'émulsion. Mais, dès qu'on laisse les liquides au repos, ils se superposent par ordre de densité ; la Paraldéhyde surnage.

Propriétés Chimiques. — La paraldéhyde du commerce rougit très faiblement le papier bleu de tournesol ; elle est inflammable, et brûle avec une flamme bleuâtre, sans laisser de résidu. Nous avons mis la paraldéhyde en présence des acides et des alcalis minéraux. Elle semble former, avec ces corps, des combinaisons. Si l'on met dans un vase à large embouchure un mélange d'acide sulfurique et de paraldéhyde, et que l'on agite le liquide avec une baguette de verre, on voit, au bout de quelques secondes, apparaître au fond du vase, dans les couches profondes, une goutte de liquide d'un beau rouge. L'apparition de cette goutte est le début d'une réaction chimique extrêmement intense. Si l'on continue à agiter le mélange, on voit bientôt la goutte s'étaler ; tout le liquide devient rose pâle, puis rose vif, puis rouge rubis, enfin rouge brun. A ce moment se produit une vive effervescence, le liquide s'élève dans le vase en devenant tout à fait noir, et si l'on n'a pas eu soin de choisir ce vase très grand, le liquide déborde. Pendant ces phénomènes, qui durent à peine quelques secondes, la température s'élève au point qu'il est difficile de tenir le vase dans la main, et il se dégage une odeur pénétrante aromatique, très irritante. La réaction ter-

minée, on voit que le liquide s'est transformé en une sorte de résine noire, poisseuse, épaisse, offrant l'aspect du goudron, du caramel ou de certains vernis.

Au centre de cette masse, dont le volume est beaucoup plus considérable que celui des liquides aux dépens desquels ells a pris naissance, on trouve un noyau dur également noir.

Ce produit, immergé dans l'eau et refroidi, durcit, devient friable et prend l'aspect des substances carbonisées.

Les acides azotiques et chlorhydriques ne provoquent pas de réaction semblable à la température ordinaire. Les cristaux d'acide chronique décomposent la paraldéhyde en crépitant.

Si nous plongeons dans la paraldéhyde un fragment de potasse caustique, nous voyons se produire lentement une réaction, en vertu de laquelle prend naissance un liquide rouge brun plus dense que la paraldéhyde, et n'ayant aucune tendance à se mélanger avec elle.

Préparation. — Pour obtenir la paraldéhyde, on fait agir sur l'aldéhyde certaines substances, telles que le gaz phosgène, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfureux, l'acide sulfurique, le chlorure de zinc. La réaction s'accompagne, comme toute action chimique, d'un dégagement de chaleur.

Pour séparer la paraldéhyde des produits de la réaction, on ne saurait recourir à la distillation, parce qu'à la température de l'expérience, la paraldéhyde se transforme de nouveau en aldéhyde.

Au contraire, il est facile d'isoler, par congélation, les cristaux de paraldéhyde, qui prennent naissance lorsqu'on fait agir l'acide chlorhydrique sur l'aldéhyde.

M. Yvon pense qu'on pourrait obtenir la paraldéhyde en opérant directement sur l'alcool (Voir Th. de Coudray).

Propriétés Physiologiques. — On s'est peu occupé, jusqu'à présent, de l'action exercée localement sur les tissus par la paraldéhyde. On s'est surtout attaché à étudier son action générale sur l'économie, et, des expériences entreprises dans ce sens, il ressort que la paraldéhyde est essentiellement un médicament hypnotique.

Action locale. — Mise en contact avec la *peau* recouverte de son épiderme, elle produit une légère sensation de fraîcheur, en s'évaporant. Injectée dans les tissus à l'aide de la seringue de Pravaz, elle détermine une vive sensation de brûlure.

Quelques gouttes placées sur la langue ou sur la muqueuse buccale occasionnent une irritation accusée par une sensation de picotement et de brûlure, puis de fraîcheur, due à l'évaporation.

La même action s'exerce sur les muqueuses des *voies digestives* lorsqu'on fait ingérer la paraldéhyde à dose concentrée.

L'ingestion d'une solution de paraldéhyde produit, dans l'estomac, une sensation de chaleur et d'irritation. Gugl a constaté, chez deux malades seulement, des *nausées* sans vomissement.

Le même auteur relate que trois malades eurent de la *diarrhée*, après avoir fait usage de la paraldéhyde, à plusieurs reprises, mais que ces malades se rétablirent tous trois, en quelques jours ; de sorte qu'il n'est pas impossible que la cause de cette indisposition ait été quelque erreur diététique.

Hénocque dit que la paraldéhyde produit, chez les animaux, de la *constipation*.

En somme, l'intestin paraît tolérer facilement le médicament.

Nous avons administré la paraldéhyde par la méthode des inhalations, et nous avons constaté que dans les cas où le mélange est riche en vapeurs médicamenteuses, il provoque, chez certains sujets, de la *dyspnée* et de la *suffocation*. Chez un patient cardiaque, et atteint de bronchite chronique, les inhalations furent suivies d'un véritable accès d'*asthme*, qui fut heureusement de courte durée.

Dans tous les cas, lorsque les inhalations se prolongent et que le mélange est fortement dosé, le malade éprouve des douleurs dans les bronches.

ACTION GÉNÉRALE.

Action sur la respiration. — A doses faibles, la paraldéhyde

ne modifie d'une façon appréciable, ni le rythme, ni l'ampleur des mouvements respiratoires.

Avec des doses élevées, la respiration se ralentit, en même temps qu'elle devient plus superficielle

Des doses exagérées entraînent la mort par syncope respiratoire.

Action sur la circulation et la calorification. — On observe sur la circulation des effets analogues. Les battements du cœur ne subissent pas de modifications, lorsqu'on administre de faibles quantités de paraldéhyde.

Le cœur se ralentit et la tension artérielle diminue sous l'influence de doses élevées.

Même avec des doses toxiques, le cœur s'arrête seulement après que la respiration s'est suspendue.

Lorsqu'on emploie des doses d'une certaine importance, la chaleur animale subit une dépression accentuée. On a noté chez les animaux un abaissement de température de 8°.

Plusieurs sujets à qui nous avons administré la paraldéhyde, ont accusé une sensation de frisson et ont présenté en même temps le phénomène de la chair de poule (érection des papilles du derme).

Chez l'un de ces sujets, M. Heymen, âgé de 34 ans, ce phénomène persista pendant une heure, après l'absorption de 3 grammes de paraldéhyde administrée par la méthode des inhalations.

Action sur le sang. — M. Quinquaud a démontré qu'immédiatement après l'injection de paraldéhyde, le sang devient noir dans les artères.

Les expériences faites dans le but de connaître l'action intime de la paraldéhyde sur le sang sont contradictoires.

M. Quinquaud croit que l'apparition de la méthémoglobine dans le sang est un des effets constants de la paraldéhyde.

M. Hénocque a trouvé que, sous l'influence de la paraldéhyde, l'action spéciale du nitrite de sodium sur le sang est profondément modifiée et ne produit plus dans ces conditions la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine.

M. le professeur Hayem, cité par M. Coudray (Th. de Paris. Avril 1884, p. 69), a fait des expériences qui lui ont

donné des résultats tout différents de ceux qu'avaient obtenus les auteurs que nous venons de citer.

Action sur le système nerveux. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la paraldéhyde agit spécialement sur le système nerveux en produisant des effets *hypnotiques*, sans déterminer *d'anesthésie*. Du moins, l'anesthésie survient-elle seulement lorsqu'on administre des doses toxiques.

M. le Dr Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne, nous a dit avoir constaté entre autres phénomènes que dans son action sur la sensibilité, la paraldéhyde suit une marche précisément inverse de celle des anesthésiques.

Avec les anesthésiques, la sensibilité de la cornée est la dernière à disparaître, elle persiste encore alors que tous les autres organes sont insensibles.

C'est la cornée d'abord qui devient insensible avec la paraldéhyde.

D'autre part, M. Dubois a remarqué que la paraldéhyde a sur la sensibilité de la peau une action en quelque sorte élective. On observe l'anesthésie cutanée avant celle des tissus profonds.

(Suite et fin au prochain numéro).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 23 Avril 1884.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Potel, M. Godon, secrétaire.

M. Godon annonce à la réunion que l'*Association Générale des dentistes de France* étant définitivement constituée, le Conseil de Direction l'a prié d'ouvrir la 1re séance de la Société d'Odontologie de Paris, afin de procéder à la nomination du bureau chargé de la *Direction Scientifique* de la Société, MM. de Lemos, Barbe et Lemerle, ayant été chargés, par le Conseil, de la partie administrative.

Il rappelle, en quelques mots, la fondation, le but et la marche de l'*Association Scientifique de l'Ecole Dentaire de*

Paris, les résultats importants qui ont été obtenus pendant ses deux années d'existence, ainsi que la vive impulsion que cette première société scientique professionnelle en France a donnée aux progrès et à la vulgarisation de l'Odontologie.

Il espère que la *Société d'Odontologie*, qui en est la suite, profitant de l'expérience passée, définitivement organisée, suivra avec le même succès la voie inaugurée par sa devancière.

M. Godon termine en priant ses collègues de porter leurs voix sur un autre membre pour le poste de secrétaire-général de la Société, qu'il remplit déjà depuis près de deux ans, ses fonctions de secrétaire-général de l'Association Générale et de l'École dentaire, l'empêchant de consacrer à toute nouvelle fonction la somme d'efforts et de travail nécessaires pour le succès et le développement de la Société.

22 Membres sont présents.

Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente (1). Le procès-verbal est adopté.

L'ordre du jour comporte la nomination du bureau de la Société d'Odontologie. En un seul tour de scrutin, le bureau se trouve composé comme suit :

M. Lecaudey,	Président.
M. Dr Aubeau,	Vice-Président.
M. Poinsot,	» »
M. Blocman,	Secrétaire général.
M. Bioux, M. Legret,	Secrétaires des séances.

Le Président étant absent, M. Poinsot, vice-président, préside la séance.

La parole est donnée à M. Wirth, pour la démonstration de son nouveau fauteuil à pompe et de sa machine à vulcaniser.

Deux lettres jointes au procès-verbal donnent des explications à ce sujet.

M. Wirth fait cadeau à l'École de son superbe fauteuil ; de chaleureux remerciements lui sont adressés. Le

---

(1) Procès-verbal de la dernière séance de l'Association Scientifique de l'Ecole Dentaire, dont la Société d'Odontologie est la suite.

Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a offert à M. Wirth le titre de Membre bienfaiteur, en reconnaissance de son précieux présent.

M. Poinsot prend ensuite la parole et traite de la paraldéhyde en thérapeutique dentaire. M. le professeur Poinsot appuie ses assertions sur une série d'observations concluantes et démontre l'action localisée de la paraldéhyde sur les nerfs de la cinquième paire.

M. le Dr Aguilhon de Sarran fait ensuite une intéressante conférence sur les kystes dentaires. MM. Dubois, Ronnet, Poinsot, prennent part à la dicussion (1).

M. Aguilhon de Sarran promet à la Société une seconde communication sur le sujet.

M. Godon présente un travail de M. Boymond, pharmacien à Paris, sur le poids des gouttes. L'auteur fait don à la bibliothèque de l'École dentaire de Paris, d'un exemplaire de son travail.

Nous extrayons de cet intéressant travail les conclusions de l'auteur :

1° Que le poids des gouttes dépend « *du diamètre extérieur* » du tube qui les laisse écouler, que ce tube soit plein du perforé, et non du diamètre intérieur, comme le dit le Codex de 1866, ce dernier n'ayant d'influence que sur la *vitesse d'écoulement* (Lebaigue, Guichard) ;

2° Que la nature du liquide (eau, alcool, éther, chloroforme, vinaigre, etc), influe seule sur leur poids, quelle que soit, d'ailleurs, la proportion des matières dissoutes qu'il contienne (Boymond) ;

3° Que pour obtenir des gouttes d'eau distillée (à la température de 15°), du poids de 5 centigrammes, — soit 20 gouttes pour 1 gramme, — il suffit que le diamètre extérieur du tube d'écoulement soit exactement de trois millimètres (Lebaigue).

Un gr. d'eau distillée équivaut à.	20 gouttes.
— d'alcool à 90°.	61

(1) Nous publierons la communication de M. le Dr Aguilhon de Sarran dans notre prochain numéro.

Un gr.	d'alcool à 60°.	52 gouttes.
—	d'un alcoolat.	57
—	d'une alcoolature.	53
—	d'une teinture alcoolique avec alcool à 60°	53
	à 80°	57
	à 90°	61
—	d'une teinture éthérée.	82
—	d'une huile grasse (variable), environ.	48
—	d'une huile volative (variable) . . .	50
—	d'une solution aqneuse, diluées ou saturée.	20
—	d'un vin médicinal (variable), suivant richesse alcoolique . . . . 33 à	35
—	de laudanum (variable), environ. 33 à	35

Des remerciements sont votés.

M. Viau présente, au nom de M. Nanche, d'Annecy, un cas remarquable d'anomalie. La pièce présente une prémolaire entre les deux incisives médianes. Le moule en plâtre est déposé au musée de l'École. Une lettre de M. Nanche fait espérer d'autres cas intéressants. La Société vote des remerciements à M. Nanche.

M. Heymen fait ensuite la démonstration d'un nouveau chalumeau et d'un régulateur.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire-Général,

G. BLOCMAN.

BANQUET

DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Le samedi, 24e jour de mai de l'an de grâce 1884, a eu lieu le 5e banquet anniversaire de la fondation du Cercle des dentistes. Je pourrais dire le premier de l'*Association générale des dentistes de France*, ce qui est tout un, car c'est une nouvelle édition revue, corrigée et considérablement augmentée

du *Cercle*, qui, en vieillissant, a pris du corps, tout comme le bon vin.

Je ne raconterai pas l'histoire de sa métamorphose, chacun la connaît. Après avoir donné naissance à diverses Sociétés qui travaillaient chacune de leur côté, tout en étant composées presque exclusivement des mêmes membres, on a trouvé plus simple et plus rationnel de le rendre à sa famille, qui ne formera plus, maintenant, qu'un seul faisceau.

C'est toujours en s'inspirant de notre chère devise : *Union, Progrès*, qu'on a obtenu ce résultat.

Et c'est pour fêter cet heureux événement qu'on s'est réuni dans les riches salons *Lemardelay*.

Je ne veux pas faire de réclame à la maison, mais je suis obligé d'avouer qu'on y est princièrement traité et que la salle à manger y est décorée avec un luxe du meilleur goût et des plus artistiques.

Au dessert, M. Poinsot, président, fait part des lettres de regrets qu'il a reçues, entre autres celle de M. Lecaudey, président de l'Association, absent pour cause de santé. Il cite aussi les noms de MM. David, Faucher, Alaux, Gilbert, de Toulouse, Prenngruber, Gérard, de Lémos. Il prononce ensuite quelques paroles bien senties au sujet de la fusion des différents groupes de la profession, il fait des vœux pour sa réussite, car elle sera, dit-il, le prélude de nouveaux succès. Il termine en remerciant l'Assemblée de l'avoir nommé président.

L'assemblée est heureuse de l'applaudir, de lui prouver ses sympathies.

M. Paul Dubois prend ensuite la parole. Il expose, d'une voix chaude et vibrante, ce qui est au fond du cœur de tous. Faisant un parallèle entre ceux qui poursuivent et réalisent la rénovation professionnelle en s'inspirant des intérêts généraux et ceux qui ont cru devoir installer leur école avec un comptoir, il résume le but et les moyens de l'œuvre qui a le concours de la majorité des dentistes français, par ces mots : *Ici on ne distribue pas de dividendes.*

Les applaudissements l'arrêtent, nos lecteurs comprendront pourquoi en lisant son discours, en l'applaudissant à leur tour.

M. le Dr Marié, professeur d'histoire naturelle et de micrographie à l'École dentaire, prononce ensuite un charmant discours qu'il termine en buvant au succès de l'Ecole.

Puis, M. le Dr Thomas, dont on connaît l'éloquence et l'esprit, nous a fait un discours dont les vues élevées, les idées saines et fortes frapperont ceux qui le liront comme elles frappèrent tous les auditeurs.

M. Godon, secrétaire-général de l'Association, promoteur de l'École, le travailleur infatigable que vous connaissez tous, parle aussi en d'excellents termes et dit entre autres : « Le « but étant juste, le principe logique, le succès était certain. »

Il porte un toast au Corps enseignant, « qui a contribué « d'une façon si importante au succès de l'École dentaire. »

Après le dîner, on passe au salon pour humer le café et la chartreuse traditionnels, et se livrer aux petites conversations, toutes excellentes choses propres à faciliter la digestion, en se promettant de se trouver encore plus nombreux au sixième banquet.

E. LOWENTHAL, D. E. D. P.

Discours de M. POINSOT.

Messieurs et chers Collègues,

Il y a un an, à la dernière fête confraternelle, vous prononciez des discours empreints de sages paroles, demandant l'union de tous au profit d'une École nationale.

Vous vous souvenez, sans doute, combien j'ai été heureux de vous féliciter de vos bonnes dispositions, et afin que nos vœux ne soient pas stérilisés, j'ai cru devoir commencer l'action.

A cette époque, j'étais trésorier de la Chambre syndicale, en même temps que vice-président de l'École dentaire de Paris. Cette double qualité me désignait tout naturellement pour cette médiation.

En avril 1883, j'allais trouver le président de la Chambre syndicale, lui faisant part de vos vœux, en même temps que des avantages qui résulteraient de cette fusion.

Je ne vous retracerai pas, Messieurs, toute notre conversation, je me bornerai à vous reproduire deux points, des plus saillants, dans la réponse qui me fût faite.

Pour moi, dit M. le Président, la fusion est fatale, il faut qu'elle se produise tôt ou tard, et je crois qu'il faut mieux la faire au plus tôt, et il m'engagea à la proposer.

Ces paroles établissaient à mes yeux une entente préalable, et j'espérais qu'il serait fait à notre proposition un accueil en rapport avec les préliminaires. Ayant été autorisé par vous à présenter de larges concessions, je pensais que l'ensemble de mes propositions ne pouvait être rejeté par des hommes voulant véritablement l'entente.

Seuls, les points de détails pouvaient être discutés, afin de ménager, de part et d'autre, certaines susceptibilités légitimes.

Ce fut avec une stupéfaction profonde que j'entendis, le 1er mai 1883, la réponse qui me fut faite et que vous connaissez tous.

Depuis cette époque, je me suis demandé à quel mobile ont obéi nos adversaires. Pourquoi après avoir dit oui, ils ont répondu non ?

J'ai pensé que ce grave et puissant motif était tout simplement une constatation qui est tout à la fois un hommage rendu à notre institution, en même temps qu'une certaine atténuation de leur conduite vis-à-vis de nous.

Voici à mes yeux un de leurs motifs principaux :

Ayant passé la revue des forces qu'ils possédaient, les mettant en parallèle avec celles de l'École dentaire libre de Paris, ils ont été obligés de constater que dans leurs rangs il y avait bien des mérites incontestables devant lesquels tout praticien honnête s'incline, mais aussi qu'il y avait, plus loin et en bas, bien des sujets qui ne pourraient pas soutenir la comparaison.

En effet, Messieurs, chez nous la théorie n'est excellente qu'à la condition expresse qu'elle s'accompagne de la pratique ; or, notre hôpital et tous leurs similaires ont la propriété d'effacer bien vite les renommées surfaites ou usurpées. Vous voyez d'ici les conditions d'infériorité réservées au groupe opposé au nôtre.

C'est ce qui a déterminé le bureau de la Chambre syndicale à repousser nos propssitions.

Dans ces conditions, notre échec équivaut à une brillante victoire, et nous devons nous en réjouir.

Ce qui confirme notre présomption c'est de voir avec quel soin, on a su écarter les membres adhérents, de toute ingérence dans le fonctionnement de l'école qui devait être celle de la Chambre syndicale, et qui est devenu l'école de quelques actionnaires. On leur permet bien de contribuer au paiement du loyer de l'école, et en échange de bons procédés on les tolère à la clinique, et vous le voyez, Messieurs. les maîtres commandent, et les membres adhérents constatant eux-mêmes leur état de faiblesse obéissent.

L'École dentaire de la rue de l'Abbaye a été fondée sur ces données ; elle fonctionne, je ne rechercherai pas les moyens à l'aide desquels elle pourra vivre, mais je ne puis croire à la longue durée de cet établissement, je crois que dans un avenir que j'estime très prochain, il y aura une demande de fusion des deux écoles, mais cette fois elle ne partira pas de notre groupe, et ceux qui nous le proposeront, obéiront à d'impérieuses nécessités.

Quoi qu'il arrive, nous n'en aurons pas moins perdu beaucoup de temps, d'argent, d'efforts stérilisés, de sympathies ébranlées.

Nous avons cru devoir fusionner les divers groupes de sociétés plusou moins dépendantes de l'école. vous avez voulu qu'un lien puissant nous unisse et nous rende solidaires.

Nous avons l'espoir que par le travail et la bonne harmonie, nous aurons créé une œuvre qui ne périra pas.

Il y a un an, et tout dernièrement encore mes collègues d'hier, mes adversaires d'aujourd'hui, ont, non-seulement critiqué ma conduite, ce qui leur est permis, mais encore essayé de me calomnier. Vous avez voulu leur répondre et ce soir, vous me faites l'honneur de me désigner pour présider cette fête confraternelle.

Votre estime, la paix de ma conscience me suffisent. Et, permettez-moi de vous dire, au nom de l'Ecole Dentaire de Paris ainsi qu'en mon nom personnel:

Merci. (Applaudissements.)

Discours de M. Dubois

Pour la cinquième fois, nous avons le bonheur de nous trouver réunis, et chaque année marque une étape nouvelle dans la marche en avant que nous poursuivons ensemble. Nous ne sommes jamais venus à ce banquet sans pouvoir constater publiquement, que nous sommes mieux organisés pour atteindre le but que nous nous sommes assigné.

Relever la profession de dentiste en France (Applaudissements).

Pour cette œuvre, nous avons eu l'heureuse fortune d'obtenir l'appui moral et matériel des nôtres, la sympathie et le concours de cette glorieuse Faculté de Médecine de Paris.

Et bien, Messieurs, cet appui moral et matériel, ce concours, pourquoi ont-ils été acquis à l'École dentaire de Paris, aux Sociétés connexesqui gravitent autour d'elle? — hier, le Cercle des Dentistes de Paris, aujourd'hui, l'Association Générale des Dentistes de France, — c'est que nous nous sommes toujours inspirés des intérêts généraux. Dans la question de réglementation, en défendant les droits des dentistes établis, ainsi que de ceux qui voulaient s'établir. — Sur ce point, nous avons fait lâcher prise à nos adversaires, et eux-mêmes abandonnent leurs premières prétentions. —

Dans la question d'enseignement, en l'ayant organisé de manière à ce que tous ceux qui veulent s'élever par l'étude et le travail, puissent le faire. Les dispositions transitoires, les facilités aux élèves de province, la bienveillance du corps enseignant, en sont les preuves palpables. De même, à propos du diplôme et du titre, nous n'avons pas voulu placer nos nationaux dans une condition inférieure à ceux qui viennent de Philadelphie ou de Londres. Nous n'avons pas essayé de faire une concurrence désastreuse aux petits dentistes, et, tous les jours, nous refusons de faire de la prothèse.

Votre appui moral et matériel, vous l'avez donné; parce que nous étions en communauté d'idées et d'espérances. Quand on inscrit sur sa bannière : Travail et Liberté, on groupe autour d'elle, tout ce qui a des idées de justice et

de progrès, tous ceux à qui ces moyens suffisent, pour s'affranchir de l'ignorance, et qui ne demandent que ces deux conditions, pour améliorer leur sort.

Oh ! nous n'avons jamais pensé qu'on pût servir les intérêts moraux et matériels d'une profession, comptant plus de 1,500 praticiens avec un groupe de 16 actionnaires, gérant au gré de leurs passions, de leurs intérêts particuliers, de leurs vues individuelles, la chose de tous.

Cette copie de la maison de commerce, de celles où on fait de la banque, n'était pas notre idéal. Non ! réunir une petite coterie, prenant des garanties devant notaire contre la surveillance de ceux dont on se dit les représentants, n'est pas notre fait. Nous ne sommes pas une société financière, et nous pouvons inscrire sur notre porte :

Ici on ne distribue pas de dividendes (Applaudissements).

Nous préférons la maison commune ouverte à tous. A ceux qui peuvent donner beaucoup, à ceux qui peuvent donner peu, aux ouvriers de la première heure, aux ouvriers de la dernière, aux adversaires d'hier, à ceux d'aujourd'hui. Quelle que soit l'origine, la situation, le titre, nous ne demandons qu'une chose, contribuer au bien général.

Nous n'imposons ni les moyens, ni les instruments, ni les hommes. Notre Société et notre École seront, dans l'avenir, comme ils l'ont été dans le passé, ce que les dentistes voudront.

Si nous sommes fiers de compter dans nos rangs, sous notre drapeau, plus de 250 dentistes ; nous ne le sommes pas moins, de voir figurer dans notre corps enseignant, des médecins distingués par le suffrage de leurs maîtres, de ceux qui sont dans le corps de l'internat, de ceux qui obtiennent ce titre envié de médecin des hôpitaux. Nous ne sommes pas moins fiers des approbations illustres, que les plus pures gloires de la Science Française ont daigné nous apporter, et nous sommes heureux de pouvoir inscrire dans nos archives, le nom de M. Verneuil, après celui de M. Trélat (Applaudissements). Nous ne sommes pas moins fiers de voir que nos services rendus ont été appréciés par d'autres, et nous avons toute raison d'espérer que le patronage, l'aide que nous deman-

dons au Gouvernement de la République, aux représentants de la Cité, nous seront accordés avant peu Ayant écarté les combinaisons de lucre, nous avons les qualités requises pour devenir institution d'utilité publique, et tous ceux qui, jusqu'ici, ont fait enquête sur notre but et nos moyens, n'ont eu, pour notre œuvre, que des paroles d'encouragement et de sympathie. On est étonné de la faiblesse de nos ressources, de la grandeur des résultats.

Fidèles à notre pensée d'union, à la volonté d'assurer à la France une Ecole dentaire Nationale, nous avions bien voulu tendre la main au petit nombre de dissidents qui s'étaient tenus à l'écart lors de la création de notre Ecole ; sachant qu'ils étaient trop faibles pour fonder quelque chose, nous pensions que leur appoint pouvait être utile à l'œuvre, et le maître aimé et vénéré qui nous préside ce soir, avait, fort de sa droiture, confiant dans les propositions généreuses dont il était porteur, pensé avec beaucoup d'entre nous que l'offre de cette planche de salut était une fortune inespérée, pour ceux dont il avait bien voulu jusque-là rester le collègue.

« *Jupiter aveugle ceux qu'il veut perdre.* »

Le berger de la Société Syndicale nous répondit avec une hauteur stupéfiante, avec une infatuation que nous ne soupçonnions même pas. Nous étions venus proposer un accord, on nous répondit par une demande de capitulation. Et cela en plein succès, après quatre ans d'existence, avec un personnel de professeurs et d'élèves qu'on nous enviait et qu'on voulut nous enlever, avec des programmes qu'on n'a su que copier. Capituler, au profit de gens qui, au bout d'une année, sont essouflés, pour ne pas dire plus, et qui, l'année prochaine, seront plus malades.

Car, vous le savez : il est des enfants qui vivent peu, la tare héréditaire, la misère physiologique les envahit et empêche leur croissance. Ils ne sont pas faits pour les luttes et les difficultés de la vie. Ils meurent jeunes. Je crois que nous aurons avant peu à enregister un décès.

D'ici deux ans, le terrain sera déblayé, et l'Ecole Nationale que nous voulons existera. Nous l'établirons, avec toute la largeur possible, dans l'installation matérielle. Avec toute

la force morale nécessaire pour rendre impossible le marché des diplômes, si d'autres voulaient le tenter. Nous la ferons, appuyée sur des bases de plus en plus larges, et comprenant bientôt la majorité des dentistes de France. Ce sera un édifice que l'orage n'abattra pas, et à l'ombre duquel nos successeurs trouveront science et protection.

L'appui des nôtres, le concours de ceux qui travaillent et découvrent en science générale, en science du corps humain. Les ressources de notre grand Paris, les qualités du génie gaulois, seront comme par le passé au service de l'œuvre dont nous fêtons l'extension ce soir.

Je bois au développement de l'Ecole dentaire de Paris (Applaudissements prolongés).

Puis M. le Dr Marié s'exprime ainsi :

Messieurs et chers Collègues,

Le banquet fraternel, qui nous réunit aujourd'hui, rappelle une fois de plus la généreuse initiative que vous avez prise de faire briller d'un lustre nouveau l'art dentaire français. Imbus des idées de progrès de notre siècle, vous n'avez pas voulu que notre pays restât en arrière dans l'étude de cette branche de la pathologie d'une application d'ailleurs si générale. Désireux de voir le dentiste éclairer la pratique de son art par la connaissance des conquêtes de la science moderne, vous avez fondé une École qui, grâce au zèle infatigable des savants maîtres à qui vous en avez confié la direction, voit tous les jours son importance augmenter. Votre idée, Messieurs, a été tout à la fois patriotique et humanitaire, c'est pourquoi, avec vous, je bois au succès croissant de l'Ecole dentaire de Paris.

Dr P. MARIÉ.

Discours de M. le Dr Thomas

Messieurs,

Il y a déjà plusieurs années que mes collègues et moi, nous avons le plaisir d'assister à des réunions analogues à celle d'aujourd'hui Les allocutions prononcées en pareille circons-

tance ne roulent et ne peuvent rouler que sur un thème : vos intérêts professionnels ; je suis heureux de le constater, aujourd'hui comme hier, nous sommes en parfaite communauté d'idées avec vous, nous restons et nous resterons toujours, j'en suis sûr, vos alliés. Cela ne veut pas dire que nous envisagions les choses exactement de la même manière ; étrangers à vos luttes, à vos dissentiments, nous pouvons les apprécier avec sang-froid, les juger à l'aide d'un critérium dont personne ne mettra la valeur en doute, l'intérêt de l'enseignement de l'Odontologie en général, et plus spécialement, l'intérêt de l'École, à la fondation de laquelle nous avons eu l'honneur de contribuer. Nous savons tous, et c'est précisément là-dessus que s'est conclue notre alliance, quels principes ont présidé à sa fondation, quels principes ont régi son fonctionnement, je vous demanderai, malgré tout, la permission de vous les rappeler en quelques mots.

Je crois, Messieurs, qu'il serait assez difficile, aujourd'hui, de nier l'utilité de l'enseignement professionnel à tous les degrés ; nous n'avons qu'à jeter les yeux autour de nous, pour voir de nouvelles Écoles s'ouvrir, rendre chaque jour des services inattendus ; écoles artistiques, commerciales, industrielles, ceux qui s'intéressent à la prospérité de notre pays, regrettent une seule chose, c'est que la multiplication de pareils établissements soit encore trop lente. Votre art constituerait-il une exception ? Pourrait-il, seul, se passer d'un enseignement régulier ? Je crois qu'il suffit de formuler la question pour que la réponse vienne sur les lèvres de chacun de vous. Aussi, lorsque l'École Dentaire n'existait encore qu'à l'état de projet, lorsque vous ne saviez ni par quels procédés ni avec quelles ressources vons pourriez arriver à la créer ; lorsque la discussion était ouverte, on ne songea point à nier la légitimité de vos aspirations, à déclarer inutile *à priori* ce que vous vouliez faire ; on vous opposa simplement des arguments de fait que l'expérience s'est chargée de réfuter.

Pourtant, les défiances et l'hostilité n'ont pas tombé partout, vous avez une majorité, une très grande majorité même, parmi vos confrères, vous n'avez pas l'unanimité. Pourquoi

ce schisme persistant, pourquoi ces divergences? Antipathies instinctives, Susceptibilités froissées, direz-vous. Sans doute, ce sont là des facteurs avec lesquels il faut compter dans toutes les entreprises humaines; mais je ne crois pas que ce soient les seuls; je crois qu'à côté des questions de personnes et de sentiment, il y a des questions de doctrines, des points de vue si franchement opposés, qu'ils expliquent cette lutte sans trève ni merci.

Une école professionnelle est l'émanation directe d'un groupe: elle doit, sous peine de déchéance, répondre à ses besoins, former des sujets, dont l'instruction scientifique, l'habileté technique, se rapprochent autant que possible de l'idéal rêvé par les fondateurs. Malheureusement, il y a, parmi les dentistes français, autant qu'on peut en juger par la lecture de vos journaux, deux tendances rivales. Les uns réclament, pour leur art, une autonomie complète, absolue; toutes les parties sont également utiles; dans toutes, il est possible de déployer du goût, de l'habileté, du talent; donc, point de subordinations nécessaires, point de divisions factices.

Au public seul de faire un choix d'après les qualités de chacun. Avec une pareille conception, il n'est possible de laisser dans l'ombre ou de reléguer au second plan telle ou telle branche de l'Odontologie; exécuter d'une façon satisfaisante un voile du palais artificiel est chose aussi importante que saisir les indications nécessaires pour le traitement d'une périostite, que discuter l'origine d'une névralgie faciale de cause incertaine. Je ne crois pas me tromper, Messieurs, en affirmant que cette manière de voir est la vôtre, qu'elle l'était déjà quand vous avez établi votre École. Ses conséquences étaient tout indiquées: vous deviez ouvrir largement, très largement vos portes. Peu vous importait que vos élèves eussent débuté par telle ou telle partie de votre art; par les nettoyages ou la fabrication des pièces prothétiques, par le cabinet ou par l'atelier. Ce qui leur manquait, vous vous êtes chargés de le leur donner, de telle sorte, qu'en quittant vos bancs ils se présentent hardiment au public, certains d'avance de pouvoir lui rendre des services.

Vous avez guidé votre conduite d'après ces principes, vous avez même apporté dans leur application beaucoup de zèle et de générosité ; vous n'avez perdu de vue, ni l'ouvrier auquel la nécessité d'un travail quotidien, rend souvent les études scientifiques si peu accessibles, ni l'apprenti à l'instruction première plus que modeste ; vous avez fait tout ce que vous avez pu pour leur faciliter l'entrée de la carrière. Ceux qui vous ont vus à l'œuvre, savent jusqu'à quel point vous avez réussi ; à celui qui entre presque enfant chez vous, vous pouvez dire aujourd'hui : « Travaille sans crainte et sans découragement, tu n'es plus comme par le passé, rivé pour toujours à l'établi, avec un peu de bonne volonté et de courage, tu deviendras vite opérateur, peut-être un jour le cabinet t'appartiendra-t-il, et c'est à l'École que tu le devras. »

Voyons maintenant le principe contraire :

L'Odontologie est chose à double face elle se rattache à la science par les connaissances médicales qu'elle exige, à l'art par le travail manuel dont elle ne saurait se passer. Le dentiste tel que vous le concevez est un mythe, un personnage irréalisable ; il faut pour surveiller le système dentaire, un médecin qui le traite, un artisan qui travaille sous ses ordres, et les exécute d'autant mieux qu'il est moins apte à les comprendre. Avec cette division rationnelle et juste, la hiérarchie est tout indiquée : le chirurgien c'est la tête qui conçoit et dirige, le mécanicien le bras qui obéit. Que peut-il y avoir de commun, entre l'un et l'autre ? à quoi bon donner au manœuvre des visées ambitieuses ; pourquoi lui montrer un horizon trompeur ? la limite du sien sont les murs de la pièce dans laquelle il travaille. Un atelier de perfectionnement, voilà ce qu'il lui faut.

Il me semble, Messieurs, que cette manière d'envisager les choses, nous reporte sensiblement vers le temps des maîtrises. Pour moi, je crois que dans les Sociétés modernes, tout individu doit, s'il a la capacité voulue, arriver naturellement au premier rang de la profession à laquelle il appartient ; je crois que la véritable discipline est celle qui n'étouffe pas les qualités individuelles, mais les respecte et les développe ; qu'une École professionnelle n'est point un sanctuaire hiéra-

tique dans lequel on fixe la limite de castes conventionnelles ; dans lequel on décerne aux uns un diplôme de suprématie aux autres un brevet d'infériorité, mais un territoire neutre dont tous les habitants ont même droits, même but, même avenir ; un territoire où la hiérarchie ne peut être établie que par le travail et le savoir.

Utopie, dira-t-on ; soit. Mais c'est avec de pareilles utopies qu'on finit par avoir raison des forces négatives s'opposant toujours et partout au progrès ; de la routine inerte et outrecuidante qui dissimule mal sa nullité sous des oripeaux solennels, de la mauvaise volonté systématique dont les armes ordinaires sont l'intrigue et l'injure.

On peut dire, je le sais bien, que cette conception du dentiste dédoublé est conforme à la tradition et à l'usage ; qu'elle répond parfaitement à ces idées de protectionnisme social, qui pour tant de gens sont des idées sacrées. Mon Dieu, Messieurs, je vous avoue que je suis libre-échangiste, je respecte autant que personne la tradition historique et les habitudes acquises, je crois, toutefois qu'on ne doit s'y attacher qu'autant qu'elles sont conformes à l'équité. Voilà pourquoi dès le premier jour j'ai admis votre principe et ses conséquences ; pourquoi je vous ai apporté mon concours sans arrière-pensée et sans restrictions, regrettant une seule chose, qu'il ne pût vous être plus utile, pourquoi, mes collègues et moi nous continuerons de marcher avec vous jusqu'au dernier jour de l'Ecole, mais ce dernier jour je suis convaincu que ni vous ni moi ne le verrons. (Applaudissements prolongés.)

Toast de M. Pigis,

« Messieurs et chers Maîtres,

« Au nom de mes condisciples de l'École dentaire de Paris,
« j'adresse de sincères remerciements à nos savants profes-
« seurs, chefs de clinique et démonstrateurs. Grâce à leurs
« soins éclairés, à leurs savantes démonstrations, à leur zèle
« infatigable de tous les instants, nous espérons bientôt
« posséder la somme de connaissances scientifiques qu'ils

« ont rêvée chez le praticicien dentiste français. Alors nous « seront heureux d'apporter à l'Ecole Dentaire et à l'Odon- « tologie, notre part de concours et de dévouement. » (Applaudissements.)

Discours de M. GODON.

Je ne veux pas constater à nouveau les succès de l'École dentaire de Paris, et l'insuccès de la piteuse tentative de nos adversaires.

Répéter chaque année que le nombre des élèves va toujours en augmentant ; que malgré une concurrence qui aurait pu être redoutable, 70 élèves sont, comme l'année précédente, venus suivre les cours ; que les inscriptions pour l'année prochaine arrivent déjà en grand nombre ; que les nouveaux souscripteurs continuent à apporter leur obole ; que l'enthousiasme comme le dévouement n'ont pas diminué, au contraire, tout cela devient fastidieux.

Nous nous sommes réunis ce soir dans ce banquet confraternel pour fêter le cinquième anniversaire de la fondation de notre groupe et en même temps la nouvelle organisation que l'expérience et la pratique nous ont conseillé d'adopter sous le titre d'*Association générale des Dentistes de France.*

Je désire, cependant, attirer votre attention sur une coïncidence qui peut tout d'abord paraître singulière.

En effet, non-seulement l'École dentaire a obtenu, depuis sa fondation, une suite de succès, mais encore ses élèves, ses diplômés, et même les membres composant son corps enseignant.

En effet, la première année, M. le Dr Deny était nommé médecin de l'hôpital de Bicêtre ; puis M. L. Véron, si dévoué alors, mais qui depuis, pour des motifs que je veux pas apprécier, a bien changé ; M. L. Viron était nommé pharmacien en chef de la Salpêtrière ; M. le Dr Aubeau, qui obtint, comme anesthésiste, des succès scientifiques qui ont fait sensation ; M. A. David était choisi comme dentiste de l'École Polytechnique ; et aujourd'hui, pour couronner la série, M. le Dr Prengrueber est, après un brillant concours,

nommé chirurgien des Hôpitaux. Je ne vous parle pas du Dr Faucher, déjà suffisamment connu par ses travaux antérieurs, de notre dévoué Dr Thomas, un ami de la première heure, du Dr Marié, qui vient de porter un toast à l'École dentaire, et qui aura son tour ; il y a aussi M. le Dr Gérard, qui se prépare à son concours d'agrégation, et pour le succès de qui nous faisons des vœux.

Vous voyez que la série est complète et que presque tous les membres composant notre corps enseignant ont obtenu, comme l'Ecole Dentaire, une suite de succès.

A quoi en attribuer la cause ?

Faut-il supposer que quelque génie bienfaisant aura pris notre groupe sous sa puissante protection, et nous fait sentir sa bienheureuse influence.

Mais non, il y a des sceptiques ici, et j'en suis, et je crois qu'il me faut aller chercher l'explication en dehors des causes surnaturelles.

Si l'Ecole Dentaire a réussi c'est qu'elle reposait sur un principe logique et juste, et que son but était élevé ; si son corps enseignant a obtenu cette suite de succès, c'est qu'il s'était tout naturellement formé de jeunes médecins, instruits, intelligents, travailleurs et pleins d'avenir, que le but de l'œuvre avait tenté, et qui étaient accourus lui apporter leur appui.

Aussi, Messieurs et chers Confrères, félicitons-nous qu'ils nous aient prêté leur concours, et buvons aux succès passés, présents et futurs, de ces précieux et dévoués collaborateurs, les professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris. (Applaudissements prolongés).

Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste.

Nous avons dû agrandir le cadre primitif de l'Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste.

Cette décision a eu pour conséquence de retarder sa publication.

Actuellement les dernières feuilles sont sous presse, et nous

sommes heureux de pouvoir annoncer à nos nombreux souscripteurs, qu'ils recevront le livre dans les premiers jours de juillet.

Paul Dubois.

Pour les Pauvres, s'il vous plaît.

« Nous n'hésitons pas à déclarer que
« nous trouvons indigne d'une École,
« dite libre, d'être sous la dépendance
« continuelle de la charité publique. »

Ainsi parlait, dans la séance mémorable du 1er mai 1883, celui qui se savait déjà président de l'Institut Odontotechnique, avant même que ce nouvel Institut n'ait vu le jour. Homme d'expérience, il ne voulait pas commencer une entreprise aussi considérable sans prendre d'engagements devant sa conscience et devant les confrères qui l'écoutaient : Il ne voulut pas qu'il y resta quelque doute à l'égard de ce point capital : Les conditions et les ressources de l'Institut qu'il allait fonder, auquel il attacherait son nom. C'est aux applaudissements des siens qu'il expose ses vues, et trouvant même insuffisantes les paroles que nous venons de reproduire, il ajoutait : *« Nous estimons que l'entreprise qui recourt, pour se « soutenir, à une espèce de mendicité, c'est-à-dire à des « sollicitations interrompues, souvent importunes, et dans tous « les cas toujours fatiguantes pour tout le monde, n'est pas « viable. »* Nous écoutions M. le Président, ainsi que les applaudissements qui lui disaient : nous sommes avec vous. La voie que vous nous indiquez, nous la suivrons. Et nous nous disions :

Devant des déclarations aussi solennelles, aussi catégoriques, nous n'avons qu'à nous incliner. Nos honorables confrères, forts de leurs ressources et de leur générosité, sont bien hautains. Mais enfin ils veulent faire seuls, et comme ils ne sont pas des imprudents, ils ont calculé les risques de l'entreprise, ils ne peuvent être hommes à se démentir. Ils iront jusqu'au bout et tomberont avec honneur.

Et bien nous nous trompions, il faut l'avouer, l'article que

nous reproduisons plus loin en est la preuve péremptoire. Nous ne savons pas si M. le Dr Andrieu va juger sa dignité atteinte, et s'il va donner sa démission d'administrateur, directeur de l'Institut (1) ; nous n'en avons encore rien appris. Mais pour notre compte, nous sommes stupéfaits et nous le disons tout haut !

Dans quel abîme l'Institut Odontechnique est-il tombé, pour que, après moins d'un an d'existence, il renie son président, déchire son programme et se fasse « mendiant » à son tour ; et mendiant, non auprès de ses confrères, à qui la solidarité faisait un devoir d'apporter leur part contributive à tout ce qui sert l'intérêt professionnel, mais aux passants, aux abonnés du *Figaro*, qui ne savent guère à quel genre de nécessiteux ils ont affaire. Ah ! cela est dur. Pourquoi M. le trésorier de l'Institut n'est-il pas venu exposer aux dentistes sa situation précaire, leur apprendre le but, le rôle de l'institution, ses bienfaits possibles pour l'art qu'ils pratiquent.

Et qui sait ? peut-être quelques-uns auraient fait effort pour empêcher un désastre.

Pour sauver les dividendes des actionnaires, car l'article inséré par le *Figaro* demande des dons à ses lecteurs, pour une œuvre philantropique, et on l'a trompé. L'Institut n'est pas dans cette catégorie, et cela est établi par des preuves irrécusables : L'acte même de constitution inséré dans les *Affiches Parisiennes* du 16 août 1883. Cette publication légale nous apprend bien des choses; nous aurons à y revenir. Pour l'heure, nous ne nous occuperons que de l'article disant :

Sur les bénéfices annuels sont prélevés dix pour cent du fonds social pour le FONDS DE RÉSERVE ET LE SOLDE RÉPARTI COMME DIVIDENDE AUX ACTIONNAIRES.

Signé : *l'Administrateur, Directeur-Gérant,*
Dr ANDRIEU.

On veut donc grossir ce solde de 90 pour cent avec des aumônes.

---

(1) Odontotechnique.

Nos confrères n'ont pas réfléchi à toute la portée de leur acte, ils n'ont peut-être pas tout d'abord compris, ce qu'un pareil procédé a de répréhensible. Nous ne savons pas si des gens charitables leur ont envoyé quelque argent, mais nous pensons que mieux éclairés, ils se feront un devoir de le restituer. La mendicité n'est pas permise à tout le monde.

P. D.

Voici l'insertion faite au *Figaro* du 3 Juin 1884.

Pendant longtemps, la profession de dentiste, grâce à la tolérance et à l'insouciance de la loi, avait été abandonnée à l'exploitation du charlatanisme et de l'empirisme.

Aujourd'hui, en attendant une réforme légale qui est à l'étude, voici qu'une intelligente initiative VIENT *d'être* prise, *et nous sommes heureux d'en avertir des premiers nos lecteurs, connaissant l'intérêt qu'ils portent à toute* œuvre philantropique.

Un groupe de VRAIS *« médecins-dentistes » vient de fonder à Paris,* 3, *rue de l'Abbaye, un Institut odontotechnique, appelé à rendre les plus grands services et à* CRÉER UNE SCIENCE NOUVELLE.

Les élèves y trouvent un enseignement sérieux, l'indigent des soins gratuits.

Les cours sont faits par de VÉRITABLES MAITRES.

L'Institut fait appel au concours des souscriptions volontaires pour l'aider dans sa tâche.

Ces souscriptious sont reçues, 3, *rue de l'Abbaye.*

Nul doute qne nos lecteurs ne répondent à cet appel qui n'a d'autre but que de soulagᵉr ceux qui souffrent.

NOUVELLES

MM. Nélaton et Prengrueber viennent d'être nommés chirurgiens des Hôpitaux de Paris. En ce qui nous concerne, nons sommes particulièrment enchantés de cette dernière nomination.

M. Prengrueber, en effet, est entré à l'École Dentaire dès sa fondation ; il est vrai que le travail du concours ne lui permettant pas de nous donner tout son temps il n'a pu accepter d'autre situation que celle de professeur suppléant d'anatomie, mais chaque fois que pour une cause ou une autre, nous avons eu besoin de lui, il s'est mis immédiatement à notre disposition avec une bonne

grâce dont nous tenons à le remercier. Le titre ambitionné qu'il vient d'obtenir nous rend doublement heureux et cela nous est un véritable plaisir de le féliciter.

Nous avons une autre bonne nouvelle à annoncer à nos lecteurs. Le Dr David, professeur de pathologie à l'Ecole Dentaire de Paris, vient d'être nommé dentiste de l'Ecole Polytechnique, en remplacement du Dr Magitot.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

EXAMENS

(*Session de Juillet* 1884.)

L'examen de fin d'année (1re année), aura lieu : 1° pour les épreuves pratiques, tous les matins, du 17 Mai au 6 Juillet, à la clinique de l'École; 2° pour les épreuves théoriques, les 7 et 9 Juillet.

L'examen général (fin de la 2e année), a lieu : 1° pour les épreuves pratiques, du 17 Mai au 14 Juillet; 2° pour les épreuves théoriques, les 15, 16, 17, 18 et 19 Juillet.

Dons faits à la bibliothèque de l'Ecole Dentaire :

Sur le poids des Gouttes, par M. Boymond, pharmacien à Paris, donateur M. Boymond.

Dentistiana.

Un confrère (?) écrit à une maison de façon en commandant une pièce : « *Quant à la couleur, vous mettrez la teinte à la mode.* »

CERCLE DES DENTISTES DE PARIS

Assemblée génerale du 27 Mars 1884.

Présidence de M. A. Dugit.

La séance est ouverte a neuf heures et demie.

M. Chauvin a la parole et donne lecture de son rapport favorable sur la proposition de fusion des différentes Sociétés issues du Cercle des Dentistes.

Le Cercle, ayant entendu la lecture du rapport de M. Chauvin, et consulté par son président, décide qu'il va passer immédiatement a la discussion des articles.

Le projet de fusion est voté tel qu'il a été présenté par la Commission.

Deux amendements présentés, l'un par M. Lemerle, relatif a la rentrée des cotisations, l'autre par M. Dubois qui demande que le nouveau conseil d'administration soit composé de 24 membres, sont également adoptés.

La séance est levée a 11 heures.

Le Secrétaire,

L. BIOUX.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

23, rue Richer, 23

Séance du jeudi 17 avril 1884.

Présidence de M. POINSOT.

M. Godon explique le but de la réunion.

Le Cercle des Dentistes de Paris, l'Association Scientifique de l'Ecole Dentaire de Paris, et la Société Civile de l'Ecole Dentaire de Paris, ont d'un commun accord décidé, qu'il convenait de téunir en un seul groupe toutes les forces professionnelles en fusionnant les trois sociétés pour n'en former qu'une seule, l'Association Générale des Dentistes de France.

Trois commissions ont été nommées qui ont étudié la question, préparé un rapport et un projet de statuts qui ont été adoptés, par l'Association Scientifique, le 25 mars 1884, par le Cercle des Dentistes, le 27 mars 1884, par la Société Civile de l'Ecole, le 5 avril 1884.

Il a de plus été décidé, que tous les membres des trois sociétés seraient réunis en assemblée générale, afin de procéder à la constitution définitive de l'Association Générale des Dentistes de France.

L'assemblée après avoir nommé un bureau provisoire, adopte le projet de statuts de l'Association. Il est décidé que le conseil de direction qui conformément aux statuts va ête nommé. sera renouvelé par moitié à l'assemblée générale de janvier 1885.

Trois membres sont nommés pour vérifier et approuver les comptes des trésoriers des trois sociétés, et remettre l'actif au conseil de direction de l'Association générale.

L'assemblée procède à la nomination du conseil de direction de l'Association.

Sont nommés membres du conseil de direction de l'Association Générale des Dentistes de France :

MM. Drs Aubeau ; Barbe ; L. Bioux ; Blocman ; R. Chauvin ; David ; Dubois ; A. Dugit fils ; F. Gardenat ; Ch. Godon ; Jourd'heuil ; Lemerle ; Levett ; Me Lagrange ; E. Lecaudey ; de Lemos ; Pinard ; Pillette ; Poinsot ; Potel ; Ronnet ; Thomas ; Viau et Wiesner.

L'Association décide que les membres honoraires du conseil de direction de l'Ecole Dentaire, restent membres honoraires du conseil de direction de l'Association Génerale.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire de la séance,
Ch. GODON.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du mardi 24 avril 1884

Présidence de M. POINSOT.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance de l'Assemblée générale qui est adoptée.

Des membres du conseil nomment un bureau provisoire, procèdent à la vérification de leurs pouvoirs, et le conseil de direction est constitué ;

M. Jourd'heuil vient déclarer qu'il ne peut accpter le poste qu'on lui a confié, et donne sa démississıon de membre de la Société.

La demission de M. Jourd'heuil est acceptée.

Il est procédé au vote pour la nomination du bureau et des commi sions spéciales qui donne les résultats suivants :

Bureau (administrateur de l'Ecole)

Président, directeur de l'Ecole, MM.	E. Lecaudey.
Vice-président,	Poinsot.
Vice-président,	Wiesner.
Secrétaire général,	Ch. Godon.
Secrétaire correspondant,	G. Viau.
Trésorier,	Ronnet.
Bibliothéca re,	Dubois.
Conservateur du Musée,	Blocman.
Comité d'admistration de la Société d'Odontologie,	De Lemos. Barbe. Lemerle.
Syndicat professionnel, Comité d'administration de la Caisse de prévoyance	Chauvin. Barbe. Gardenat. Potel. Lemerle.

Comité de rédaction et d'administration du journal :

MM. Blocman, Dubois, Godon, Pinart et Viau.

La commission des examens est ainsi composée :

MM. A. Dugit, Ronnet, de Lemos, M. Lagrange, Lemerle, Potel, Chauvin et Bioux.

Le conseil décide que le cinquième banquet annuel de la formation du groupe professionnel, qui devait avoir lieu au mois d'avril et qui a dû être remis, aura lieu le 24 mai.

La commission d'organisation est ainsi compose :

MM. A. Dugit, Dubois, Pinard, Ronnet et Viau.

Il est décidé que les membres qui n'assisteront pas aux séances du conseil sans adresser au président une lettre d'excuses, paieront une amende de un franc. – (Les amendes seront versees à la Caisse de prévoyance).

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire-Général,
Ch. GODON.

SOCIÉTÉ CIVILE
DE
L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
23, Rue Richer, 23

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du Mardi 8 Janvier 1884.

Présidence de M. POINSOT.

M. Heymen-Billard offre à l'École :

1° Une pharmacie dentaire composée de 40 flacons d'un modèle spécial et gravés; 2° Un tiroir adapté à la tablette mobile et renfermant une série d'instruments pour le chef de clinique.

M. Viau offre :
Une série des premiers essais de dents minèrales ;
Un modèle d'anomalie (anterversion).
M. Godon :
Une Machine à celluloïd avec injecteur, modèle du Dr Telschow.
M Poinsot :
Deux modèles d'anomalies dentaires.
Des remerciements sont votés aux généreux donateurs.
Vote de crédits. — Admission d'élèves.

M. Dubois développe au nom de M. Chauvin et au sien une proposition tendant a amener le groupement des différentes sociétés professionnelles, sympathiques, avec l'École Dentaire.

Aprés discussion, le Conseil prend la proposition en considération, et nomme une commission de 3 membres chargée de se mettre en rapport avec les deux commissions déja nommées par le Cercle des Dentistes et par l'Association scientifique de l'École Dentaire.

Sont nommés : MM. Blocman, Dubois et Godon.

Séance du mardi 6 fevrier 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

Le trésorier annonce les souscriptions suivantes :

MM. E. Lecaudey, pour le fonds de réserve, 2e souscription	100 fr.
Prevel,	200
Clarke d'Alger, 3e souscription,	100
Lemerle,	100
Muller de Mulhouse,	100
Cornelsen,	200
Ronnet,	250

M. Campbell, offre sa machine à vulcauiser.

M. Jacowsky, offre a l'École, la traduction de Taft qu'il a presque terminée.

Des remerciements sont adressés aux généreux donateurs.

Admission d'élèves. — Adoption du réglement de l'examen de dissection du mois d'avril.

Démission de M. Gorlier comme démonstrateur.

La démission est acceptée.

Séance du mardi 6 février 1884.

PRÉSIDENCE DE M. VIESNER.

Adoption de la demande au gouvernement de reconnaissance comme d'utilité publique de l'École Dentaire de Paris.

Adoption de la demande au Conseil municipal de Paris, d'une subvention pour l'École Dentaire de Paris.

Vote de crédits. — Nomination d'une commission chargée de faire terminer et imprimer la traduction de *Opérative Dentistry de Taft*, offerte à l'École par M. Jacowsky.

Séance du mardi 17 avril 1884.

Le Secrétaire-général, rend compte de la visite de l'inspecteur d'académie, qui, après avoir exprimé sa satisfaction de tout ce qu'il a vu a l'École, a signé le registre des élèves et celui des professeurs.

M. Godon donne lecture au nom de la Commission du rapport sur le groupement des différentes sociétés professionnelles, ainsi que les futurs

statuts de l'Association générale des Dentistes de France. Ce rapport est adopté.

La Commission des examens donne lecture de son rapport, qui, après avis favorable du *corps enseignant* est adopté.

Société civile de l'École et de l'Hôpital dentaire libre de Paris

Assemblée générale extraordinaire.

Séance du samedi 5 avril 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

Le Secrétaire général explique le but de la réunion, la nécessité de réunir en un seul groupe, en un seul faisceau, toutes les forces professionnelles.

Il donne lecture au nom du Conseil de direction du projet de statuts. Après discussion, ce projet, est, article par article adopté.

L'Assemblée vote a l'unanimité l'adoption des statuts de *l'Association générale des Dentistes de France.*

Il est décidé que le bureau de l'Ecole se mettra en rapport avec celui du Cercle des Dentistes de l'Association Scientifique, afin de provoquer une réunion générale des membres des trois Sociétés, pour procéder a la constitution de *l'Association générale des Dentistes de France.*

Cette réunion aura lieu le 17 avril 1884.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Ondontologique de Bruxelles.
Cosmos.
Dental Register.
Dental News.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Dental Jairus.
Practitioner.
The Saint-Louis Dental.
Repertorie Dental.
El. Progresso Dental Habana.
L'Odontologia.
La France Médicale.
L'Abeille Medicale.
Le Concours Médicale.
Bulletin Général de Thérapeutique.
Le Scapel de Liège.
Journal de Médecine et de Chirurgie.
Journal des Sciences Médicales de Lille.
Archives générales de Médecine.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblatteur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
L'Union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Le Journal Médical.

25,388. — AMIENS. — IMP. T. JEUNET.

VOL. 4. Paris, 1er Juillet 1884 N° 7.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR JUILLET 1884.

PARALDÉHYDE.

Par le Docteur A. Aubeau.

Suite et fin (1).

Lorsqu'un animal est complètement hypnotisé, si l'on pique la peau, il continue à dormir ; si, au contraire, on excite les tissus profonds, l'animal se réveille.

La paraldéhyde agit d'abord sur les lobes cérébraux (sommeil). Elle agit ensuite sur la moelle épinière et sur le bulbe rachidien, quand on emploie des doses exagérées (anesthésie et syncope respiratoire).

Le sommeil survient sans excitation préalable. Le patient éprouve une légère ivresse, puis de la somnolence et finalement s'endort.

Cervello a constaté que les animaux chancellent, 5 minutes après l'injection de la paraldéhyde et que 5 minutes plus tard ils s'endorment.

Berger dit qu'après l'administration de 2 à 4 grammes de

(1) Voir l'*Odontologie* de Juin 1884.

médicaments, les malades s'endorment au bout de 10 à 20 minutes.

D'après Gugl, l'action se produit entre une demi-heure et 3 heures après l'administration du médicament.

Les malades auxquels nous avons donné 3 et 4 grammes de paraldéhyde par la voie stomacale, en plusieurs doses, se sont endormis une ou deux heures seulement après l'absorption de la dernière dose.

Chez des grenouilles que nous avions plongées dans une solution contenant 4 gr. de paraldéhyde pour 200 gr. d'eau, le sommeil est survenu au bout de 18 minutes. Le sommeil est uniforme, calme, profond, sans rêve et ressemble au sommeil physiologique. La pupille se contracte. Les mouvements réflexes sont diminués ou supprimés, suivant la dose de médicament administrée.

Si l'on a employé une dose moyenne de paraldéhyde, une excitation un peu forte, pincement, piqûre *profonde*, interrompt le sommeil.

Le sujet fait un mouvement de défense qui prouve bien que la sensibilité n'est pas éteinte.

Le sommeil se prolonge d'autant plus que la dose de médicament absorbée a été plus forte.

Chez les animaux, 2 à 3 gr. de paraldéhyde produisent une narcose de 6 à 7 heures (Cervello).

Les grenouilles que nous avons plongées dans une solution de 4 gr. de paraldéhyle pour 200 gr. d'eau, retirées du bain et placées dans l'eau pure, ont dormi pendant 6 heures.

Deux à quatre grammes du médicament ont procuré de une demi-heure à 3 heures de sommeil aux malades de Berger.

Avec des doses à peu près égales, le sommeil se prolongerait, d'après Gugl, 3, 7 et même 10 et 12 heures.

Le réveil est normal et ne laisse, en général, pas de malaise, on n'observe ni nausées, ni maux de tête, ni congestion, ni courbature.

La plupart des patients redemandent le médicament. Gugl relate néanmoins que deux malades présentèrent de l'anorexie pendant plusieurs jours, après cessation de l'emploi de la pa-

raldéhyde, et que 5 autres malades se plaignirent de la persistance de l'odeur qui leur diminuait l'appétit.

Il importe de revenir sur quelques détails.

L'effet hypnotique n'est pas toujours obtenu.

Berger a administré la paraldéhyde à 80 malades. Chez 19, le résultat fut négatif.

Marselli eut une proportion de 8, 3 pour 100 d'insuccès.

Gugl, sur 336 cas, n'obtint pas de résultat chez 28 malades ; c'est-à-dire dans des proportions identiques.

Ajoutons que chez un de nos malades, hypocondriaque de 80 ans, non seulement nous n'obtînmes pas, avec 3 gr. de paraldéhyde, de résultats favorables, mais la nuit fut plus agitée que de coutume.

Nous avons dit que la paraldéhyde ne produit l'insensibilité qu'administrée à doses exagérées.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que le chloral et surtout l'opium calment les douleurs, quelquefois même sans déterminer le sommeil alors que la paraldéhyde est impuissante à obtenir même la cessation des phénomènes douloureux.

Une de ses malades atteinte de coliques hépatiques n'éprouva aucun soulagement de l'emploi de la paraldéhyde.

Quelques auteurs, particulièrement Gugl admettent cependant que la paraldéhyde calme les douleurs. Un cas cité par cet auteur vient à l'appui de cette opinion. C'est celui d'une femme atteinte d'hystéro-névrasthénie avec irritation spinale extrêmement douloureux chez laquelle l'administration de la paraldéhyde amenait une diminution notable des souffrances.

La communication faite par M. Poinsot à l'association scientifique de l'École Dentaire tend à démontrer que dans certains cas de douleurs névralgiques dues aux affections des dents, de la pulpe, des gencives, la paraldéhyde jouit d'une réelle efficacité.

Action sur les sécrétions. — Les observations faites dans le but de reconnaître l'action de la paraldéhyde sur les sécrétions ne sont pas concordantes. Les unes admettent qu'elle exagère la sécrétion des urines, les autres notent au contraire qu'elle la diminue.

Quelques autres disent que l'emploi de la paraldéhyde n'amène pas de salivation, d'autres ont observé une salivation abondante.

Dans les cas où le phénomène de la *chair de poule* se produit comme nous l'avons observé chez plusieurs malades, la sécrétion de la sueur est diminuée.

Voies d'introduction du médicament dans l'économie. — On a administré la paraldéhyde *par la peau*, (*injection sous-cutanée*). *Par les voies digestives*, *estomac*, *intestins* (*lavements*) *par les poumons.* (*Inhalations*).

Les infections sous-cutanées provoquent une vive sensation de brûlure.

Les inhalations ne paraissent pas favorables à l'absorption rapide du médicament.

M. Quinquaud a fait inhaler sans résultat pendant plus d'une heure, soit un mélange d'alcool et de paraldéhyde, soit de la paraldéhyde pure.

Les expériences que nous avons entreprises dans ce sens nous ont donné des résultats aussi peu satisfaisants. En outre nous avons constaté de la dyspnée, de la suffocation et de l'irritation des bronches.

La muqueuse de l'estomac représente donc la voie d'introduction la plus commode et la plus sûre.

Voies d'éliminations. — La paraldéhyde s'élimine par les poumons. Après l'administration de cette substance par l'une quelconque des voies d'introduction que nous avons signalées, les produits de l'expiration sont chargés de l'odeur de paraldéhyde. Toutefois il n'a pas été fait d'expérience pour reconnaître si la paraldéhyde s'élimine exclusivement et en nature par les poumons.

Synergiques, auxiliaires. — La paraldéhyde appartient par ses effets au même groupe que le chloral et la morphine, elle peut être associée avec avantage à ces médicaments.

Antagonistes. — La paraldéhyde atténue ou supprime les mouvements réflexes. Certaines substances ont, au contraire, la propriété d'exagérer les puissances exito-motrices. Le type de ces médicaments convulsivants est la strychnine.

L'expérience démontre qu'un animal auquel on a admi-

nistré des doses toxiques de strichnine ne succombe pas si on lui administre à temps la paraldéhyde. On peut donc dire avec Coudray que la paraldéhyde est, non-seulement l'antagoniste, mais l'antidote de la strychnine.

Pharmacologie et Posologie. — La dose moyenne et efficace paraît être de 2 à 4 grammes.

Une dose plus faible, 1 gr. 50 ne produit pas d'effet.

Une dose plus forte produit un sommeil plus profond et de plus longué durée. On a donné jusqu'à 8 et 10 grammes de paraldéhyde sans observer de suites fâcheuses.

C'est en employant ces doses élevées que quelques auteurs ont vu s'amender des phénomènes douloureux (névralgie, sciatique).

On peut administrer la paraldéhyde :

En solution aqueuse édulcorée ou non.

En solution alcoolique.

En élixir, en potion, etc.

La préparation pharmaceutique peut toujours être aromatique.

Action thérapeutique. — L'emploi de la paraldéhyde ne s'est pas encore assez répandu pour que l'on puisse préciser le rôle que ce nouveau médicament est appelé à jouer en thérapeutique.

Les conclusions de la thèse de Coudray nous paraissant logiques nous nous contentons de les reproduire.

1° La paraldéhyde est indiquée d'une façon générale dans tous les cas où l'insomnie constitue un symptôme pénible.

2° Elle trouve surtout son emploi dans les maladies mentales, et particulièrement dans les diverses formes de manies.

3° Elle possède une action remarquable dans le délirium tremens et dans l'insomnie d'origine alcoolique.

4° Elle constitue un remède excellent pour combattre la morphiomanie.

5° Elle est indiquée tout spécialement dans les névroses convulsives, et, en particulier, dans le tétanos.

6° Son effet est certain dans l'empoisonnement par la

strychnine, à condition qu'elle soit administrée presque immédiatement après l'introduction du poison dans l'économie.

7° *Elle donne de bons résultats dans les névralgies, si la dose administrée n'est pas trop faible.*

8° Dans la phtisie avec expectoration abondante et dans les bronchites, avec sécrétion considérable, elle ne donne pas de bons résultats.

9° La parésie vasculaire, l'athérome, la surcharge graisseuse du cœur, le fonctionnement défectueux du muscle cardiaque, les diverses cachexies, ne constituent pas des contre-indications.

10° Elle est ordinairement très bien supportée, et, à doses thérapeutiques, ne donne jamais lieu à aucun accident. Elle doit être administrée à la dose de 2 à 5 gr. Dans l'éclampsie et le tétanos, on emploiera la méthode des doses fractionnées, sans craindre de dépasser notablement le chiffre que nous venons d'indiquer.

11° On peut l'administrer en potions, ou par les voies rectale ou hypodermique. Les inhalations ne produisent aucun effet hypnotique.

12° L'accoutumance se produisant facilement, il est nécessaire, quand on administre pendant longtemps le médicament, d'en élever progressivement les doses.

13° La variété de paraldéhyde la plus active, et à laquelle on doit donner la préférence, est celle que nous avons désignée sous le nom de paraldéhyde cristallisable.

De l'emploi de la paraldéhyde dans la thérapeutique dentaire. — Par M. Poinsot, *Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.*

(Extrait des procès-verbaux de la Société d'Odontologie.)

Une dame à laquelle nous donnons des soins depuis de nombreuses années, vit son état extra nerveux singulièrement modifié par l'emploi bien entendu de la paraldéhyde, prescription du Dr Frémineau, de Paris.

Ce résultat heureux nous fit expérimenter ce produit encore peu employé en thérapeutique, et voici quelques observations qui démontrent les résultats acquis.

OBSERVATION I.

Mme B..., 25 ans, rhumatisante, est sujette à des douleurs névralgiques intenses contre lesquelles les divers traitements, institués par nos principales célébrités échouèrent. Dernièrement, elle vit son état s'aggraver par suite de l'apparition d'une douleur odontalgique extrême. Ce dernier accident amena Mme B... à notre cabinet. A l'examen de la bouche nous constatâmes, sur la première grosse molaire inférieure droite, une carie du 2me degré, proche du 3me, située à la partie médiane de la face triturante.

Ayant voulu extraire, avec beaucoup de prudence, de la cavité cariée les débris alimentaires qu'elle contenait, nous déterminâmes une crise violente, qui alla presque jusqu'à la syncope. Nous pûmes néanmoins constater l'état inflammatoire de la pulpe qui, tuméfiée, congestionnée, se trouvait étranglée entre les parois de la chambre pulpaire.

Il était indiqué de trépaner la cloison, séparant la cavité cariée de la chambre pulpaire et de détruire la pulpe. Mais, éclairé par la crise que venait de provoquer un simple attouchement de la dentine sensible, nous ne pouvions nous arrêter à l'idée de pratiquer une opération, qui dans les cas les plus favorables détermine toujours de vives douleurs.

Nous eûmes recours à un procédé classique qui parfois réussit assez bien ; nous plaçâmes avec une extrême douceur, un mélange d'acide phénique cristallisé, de sulfate de morphine et d'alcool absolu sur une petite boulette de coton, laquelle une fois en place n'exerçait aucune pression sur le fond de la cavité malade.

Ce pansement et ceux qui suivirent, n'eurent aucun résultat favorable, la douleur était intolérable et menaçait de durer longtemps encore.

C'est alors que nous eûmes recours à la paraldéhyde. Nous remplaçâmes le phénate de morphine par un pansement caustique, l'acide arsénieux porphyrisé, placé sur une boulette de coton, saturée d'acide phénique. Et enfin pour neutraliser la douleur de la cautérisation, qui dans ce cas est toujours des plus vives, nous prescrivîmes :

Prendre une cuillerée à bouche du sirop suivant, dans un demi-verre d'eau :

Paraldéhyde.	15	grammes.
Sirop de sucre	300	id.

Agiter le sirop avant de s'en servir.

Le lendemain nous constations avec joie que nos espérances étaient dépassées, non seulement les douleurs étaient atténuées mais elles avaient complètement disparu. L'état général s'en était ressenti d'une manière évidente. Notre pansement avait agi et nous pûmes faire la trépanation tant redoutée, sans provoquer de douleurs. Les névralgies ne se reproduisirent plus pendant la cure de la dent molaire.

OBSERVATION II.

Mlle J..., 14 ans (tempérament lymphatiso-nerveux), est amenée à notre cabinet par sa mère. Depuis quatre jours et quatre nuits cette jeune fille n'a pu prendre aucun repos tant les douleurs odontalgiques sont vives.

La 2me molaire supérieure gauche est cariée au 3me degré, pulpe exposée; application d'un pansement d'acide phénique, puis quelques minutes après application nouvelle d'un autre pansement d'acide arsénieux porphyrisé.

Vu l'état de surexcitation nerveuse et de douleur, nous prescrivons la même formule que ci-dessus.

Cette jeune fille était venue en sanglotant, elle s'en alla en criant, au point que pendant le trajet heureusement fort court, qui sépare ma demeure de celle du pharmacien, elle fut un sujet de remarque pour les passants.

Suivant notre recommandation, le pharmacien lui fit prendre une cuillerée de la préparation de paraldéhyde et sur le champ la douleur cessa comme par enchantement, pour ne plus reparaître même pendant le travail de la cautérisation. Le lendemain la masse pulpaire était escharifiée et nous pûmes, sans douleur nouvelle, continuer notre traitement.

OBSERVATION III.

Mme V..., sage-femme, souffrait depuis plusieurs semaines

d'une première grosse molaire inférieure gauche. Mme V... n'échappait pas à la règle générale qui établit que tous ceux qui, à un titre quelconque, s'occupent de médecine ou de chirurgie, ont une conception bien vive des douleurs et les redoutent d'autant plus.

Après un examen, nous constatâmes une carie du 4me degré avec complication de périostite aiguë.

L'opportunité de l'opération, bien que des plus évidente, fut vivement discutée. Enfin, saisissant un éclair de volonté, nous procédâmes à l'extraction de cette dent.

Ainsi que cela se produit toujours en pareille circonstance, la douleur fut loin d'être apaisée par cette extraction, il y eût au contraire, une recrudescence extrême manifestée par des cris, des contorsions de la tête et du corps. Cet état dure généralement assez longtemps, parfois il se prolonge pendant plusieurs heures, on a vu même des cas où il persistait 5, 8 et même 15 jours ; ce qui est très compréhensible. Dans ces états franchement inflammatoires ; en effet le nerf dentaire intérieur se trouve intéressé par propagation. De là ces douleurs longues et persistantes.

Nous fîmes prendre à Mme V... une cuillerée à café de paraldéhyde pure dans un demi-verre d'eau sucrée. Immédiatement les cris cessèrent en même temps que les mouvements brusques du corps. Cette dame put se retirer immédiatement comme s'il se fut agi d'une opération des plus anodines.

OBSERVATION IV.

M. J... est déjà venu demander nos soins l'année dernière pour un état extrêmement douloureux résultant de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. Quelques cautérisations ignées et des gargarismes émollients eurent raison, à la longue, de la douleur. Mais dernièrement une nouvelle poussée inflammatoire se produisait, M. J. fut effrayé et nous demanda de vouloir bien lui extraire cette dent creuse perpétuelle de troubles et d'inquiétude pour l'avenir. L'extraction de la dent, sans doute, était désirable ; mais pour la pratiquer, il existait une difficulté opératoire des plus sérieuses. En effet,

l'attouchement de la dent était très sensible, ainsi que celui de toutes les parties environnantes, et le placement des mors d'un davier était d'une difficulté extrême. Néanmoins nous résolûmes l'opération.

Après bien des tentatives, d'abord infructueuses, nous fûmes, par une série de manœuvres patientes, dégager de l'alvéole cette dent de sagesse.

L'emploi consécutif de la paraldèhyde nous donna les mêmes résultats instantanés que dans l'Observation III.

Quatre jours après, M. J. vint nous trouver à nouveau, nous informant que depuis la veille la souffrance était revenue, quoiqu'amoindrie, et lui faisait craindre de nouvelles douleurs.

Des gargarismes d'eau d'orge au bromure de potassium eurent raison de ces nouveaux accidents.

OBSERVATION V.

Mme Y... Carie de la 2e grosse molaire supérieure, 4e degré, complications nécessitant l'avulsion de la dent. La douleur devant être, suivant la règle, des plus vives, nous fîmes prendre, un peu avant l'opération, une cuillerée à café de paraldéhyde dans un demi-verre d'eau sucrée, puis, quelques secondes plus tard, nous pratiquâmes l'extraction. La douleur fut modérée et aussi peu intense que celle qui se produit dans les cas d'avulsion les moins douloureux.

OBSERVATION VI.

M. W... La seconde molaire (de 12 ans) ayant évolué d'une façon vicieuse, n'a pu dépasser le niveau du bord externe de l'alvéole.

Par suite d'anomalies, de nutritions et de congestions successives, cette dent s'est rapidement désorganisée, ainsi que cela se produit toujours pour toutes les dents incluses au sein des maxillaires.

C'est à la suite d'accidents de suppuration que cette dent a fini par apparaître.

L'action de l'air, des aliments, de la salive, etc., ont contribué puissamment à l'aggravation de la carie déjà existante et à la destruction rapide de l'ivoire de la dent.

Vers la fin de l'année 1883, la dent était désorganisée, une très mince paroi d'émail altéré et crayeux subsistait encore adhérent légérement aux racines.

Après un traitement long et persévérant, ayant eu raison d'une sérieuse supuration, nous obturâmes temporairement la cavité pathologique avec de la gutta-percha préparée à l'iodoforme.

L'état relativement satisfaisant qui en résultait n'empêchait point d'appréhender de nouvelles poussées inflammatoires, lesquelles auraient pour résultat la destruction d'une partie du plancher du sinus maxillaire, destruction plus forte que celle qui existait déjà.

Ces raisons dûment examinées, l'extraction fut décidée.

Le lundi 7 avril, prise de l'empreinte de la bouche, afin de construire un appareil spécial pour obturer la cavité pouvant résulter de l'opération, dans le cas où le sinus serait ouvert par l'extraction de la dent.

Le 9 avril, à dix heures du matin, après avoir fait prendre à M. W..., dans un verre d'eau sucrée, 2 cuillerées à café de paraldéhyde, qui nous paraît exercer une action spéciale sur la cinquième paire de nerfs, nous divisâmes la gencive entourant ce qui restait de la surface externe de la couronne de la dent, et ayant pris un davier pour grosse molaire supérieure, nous l'appliquâmes avec grand soin. Nous vîmes sans aucune surprise les bords de l'émail se briser sous une très faible pression et l'obturation de gutta-percha venir en même temps.

Avec le tour dentaire armé d'une petite fraise nous procédâmes à la division des racines, puis à l'aide d'élévateur de formes appropriées nous luxâmes d'abord la racine palatine qui fut ensuite enlevée avec une pince très fine. Toutefois cette racine saisie et mobilisée ne voulait pas quitter sa cavité alvéolaire, ce n'est qu'après des tentatives répétées de rotation sur l'axe, que nous pûmes l'extraire. Une exostose située à l'extrémité expliquait cette difficulté.

Après avoir essayé en vain plusieurs élévateurs nous pûmes enfin luxer la racine antérieure et l'extraire.

Restait la racine postérieure ; nous eûmes beaucoup de sur-

prise de ne pas la rencontrer à sa place habituelle. Nous trouvâmes bien les cloisons inter-alvéolaires; puis entre elles existait un orifice irrégulier de 5 à 7 millimètres donnant accès dans le sinus maxillaire.

L'opération, bien que très douloureuse, put être faite malgré sa longue durée et les efforts répétés qu'elle nécessita, ce qui certainement n'eût pas été possible sans la paraldéhyde.

OBSERVATION VII.

Mme L..., 28 ans, tempérament nerveux, vint nous trouver pour l'extraction d'une deuxième petite molaire supérieure droite; carie du quatrième degré, nécrose de la couronne, exostose cémentaire à l'extrémité des racines réunies.

La première petite molaire et la première grosse molaire se sont rapprochées par suite de la diminution du volume de la couronne de la dent malade, difficultés opératoires sérieuses.

Nous fîmes prendre à Mme L. une cuillerée à café de paraldéhyde dans un demi-verre d'eau sucrée; puis nous plaçâmes les mors du davier sur les restes de la couronne. A peine les mors de l'instrument comprimaient-ils les parois de la dent que les parois cédèrent, ne laissant que la racine exostosée au fond de l'alvéole.

Une fraise montée sur le tour de White, fit une section dans le sens antéro-postérieur, de bas en haut, entaillant la racine dans une profondeur de 2 millimètres; puis à l'aide d'un élévateur *ad hoc* la racine exostosée fut ébranlée, luxée, déplacée, et enfin extraite de l'alvéole.

Cette opération, quoique douloureuse, a été considérablement atténuée par la paraldéhyde.

OBSERVATION VIII.

M. L..., alcoolique, vient de subir une anesthésie laborieuse, son tempérament est réfractaire aux anesthésiques en général; il a absorbé, dans un temps relativement long, 50 grammes de chloroforme. Il est bon de noter que la compresse qui servait à retenir l'agent anesthésique, était sur-

montée d'nn diaphragme de caoutchouc, ce qui empêchait l'évaporation dans sa partie supérieure.

Dans ce cas très difficile nous avions jugé prudent d'avoir recours à M. le docteur Aubeau, dont la compétence en ces matières n'est pas à discuter. Après l'absorption de cette grande quantité de chloroforme et l'extraction de 8 dents, M. L... revint à lui avec une céphalalgie très intense. Après l'absorption d'une cuillerée à café de paraldéhyde dans un demi-verre d'eau sucrée, notre malade put très rapidement revenir à lui, et avec calme se nettoyer, se vêtir et gagner à pied la station de voitures voisine.

Voici huit observations-types, prises parmi les malades auxquels j'ai administré la paraldéhyde.

Ces observations peuvent résumer, jusqu'à nouvelle étude, les services que peut rendre cet agent thérapeutique pour le Chirurgien-Dentiste.

Alors que nous expérimentions pour le compte de l'École Dentaire de Paris, la plupart des médecins des hôpitaux faisaient aussi, au point de vue de la thérapeutique générale, des expériences des plus intéressantes.

J'ignorais ces tentatives, lorsque commencèrent nos études au point de vue spécial dentaire, mais, grande fut ma surprise de constater que la plupart de nos maîtres avaient obtenu des résultats fort différents les uns des autres.

Pour nous, nous avons cru qu'il était utile de donner à nos malades la paraldéhyde aussi pure que possible, nous nous sommes abstenus de faire des additions d'alcool et de teintures aromatiques, afin de ne pas changer la nature d'un produit d'une susceptibilité aussi grande que celui-ci.

Dans ces conditions, il nous a semblé que la paraldéhyde avait une action toute particulière sur les nerfs de la cinquième paire, qu'elle modifiait la sensibilité de cette région pour un temps que l'étude pourrait définir; que ce temps semble suffisant pour permettre au Chirurgien-Dentiste d'effectuer ses opérations en diminuant sensiblement la douleur ; qu'enfin, la paraldéhyde calme instantanément les phénomènes douloureux, consécutifs aux opérations.

Mais, où cette méthode semble exceller, c'est pour permettre aux caustiques d'agir avec assurance et rapidité. La paraldéhyde, en perturbant les fonctions nerveuses, ne permet pas au système sensitif de percevoir l'action du caustique, et de déterminer, dans les tissus, des réactions fonctionnelles qui s'opposeraient à cette action.

Il nous a semblé également que les malades qui doivent être opérés se prêtent mieux aux exigences des difficultés opératoires, qu'ils réagissent moins, qu'en un mot, ce qui s'observe dans l'ordre physique se continue dans l'ordre moral, il y aurait comme un certain assoupissement de la volonté dont peut profiter l'opérateur au profit de ses malades.

Enfin, ce qui surprend surtout, c'est l'instantanéité de l'action de ce médicament, qui prendra, de jour en jour, une place plus grande dans la thérapeutique dentaire.

HOPITAL DENTAIRE DE PARIS

Observation prise à la Clinique de M. Godon *(28 Mars 1884)*

PAR LE Dr DUPAS. (Élève de l'École Dentaire de Paris).

POLYPES DU PÉRIOSTE ALVÉOLO-DENTAIRE.

Constantin E..., est un garçon âgé de 23 ans, exerçant actuellement la profession de garçon d'hôtel. Il est né en Savoie de parents jouissant d'une santé parfaite, et il a des frères et des sœurs tous bien portants. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il n'accuse ni maladie, ni même une indisposition ; mais à cette époque il fut atteint de la fièvre muqueuse, et resta deux mois sur le lit. Cette affection d'ailleurs ne présente rien d'extraordinaire ; elle eut un cours régulier et elle n'a pas laissé traces de son passage.

Par exemple, il a beaucoup souffert des dents, et il en a fait extraire un bon nombre, même avant sa maladie. Actuellement la bouche est dans un mauvais état, plusieurs dents sont encore rongées par la carie.

Ce garçon, qui était laboureur au pays natal, a toujours été

bien nourri ; et quand, — il y a six mois, — il est venu à Paris, il a commencé à travailler dès le lendemain de son arrivée, et n'a eu de ce fait aucune privation à subir. Son appétit est bon, sa santé générale est satisfaisante, son travail n'est pas exagéré et il n'accuse aucune affection vénérienne passée ou actuellement existante.

A quinze ans, il commença à souffrir de la dent qui fait l'objet de cette observation, la deuxième molaire supérieure droite. A cette époque, il éprouva de violentes douleurs et passa bon nombre de nuits sans sommeil. Après un certain laps de temps survint un abcès, qui s'ouvrit dans le vestibule, au niveau de la dent malade. La carie continuant ses progrès, la couronne a fini par disparaître presque entièrement, et de temps en temps de nouvelles fluxions venaient entretenir la suppuration et la fistule qui persiste encore au moment de l'extraction, le 28 Mars 1884.

La dent, comme nous l'avons déjà dit, ne présente de la couronne qu'un léger bord coupant, et s'élevant un peu au-dessus des gencives. Ce bord présente sur la face antérieure et sur la face postérieure deux échancrures en forme de V. dans lesquelles viennent se loger les pédicules des deux productions polypiformes. Les racines sont volumineuses, bien verticalement parallèles, soudées les unes aux autres, sauf tout à fait au sommet où la palatine est isolée dans un espace d'un ou deux millimètres. Elles forment ainsi un prisme triangulaire à peu près régulier.

Au sommet radiculaire, et dans l'intervalle laissé libre par la disjonction partielle de la palatine, se trouve du tissu périostique, dur, coriace, laissant suinter à la coupe une matière purulente d'un gris sale, qui sort en nappe. Pas de poche kystique proprement dite.

Les deux petites tumeurs, avons-nous dit, sont situées : l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure. La première est grosse comme une lentille, la seconde a le volume à peu près d'une grosse tête d'épingle. Toutes les deux ont un pédicule situé au niveau du collet de la dent et en relation directe avec le périoste alvéolo-dentaire. Elles ont une couleur rouge légèrement violacée ; leur surface est

granuleuse, framboisée, comme celle des verrues ; leur consistance est ferme et élastique ; la coupe donne issue à un liquide peu abondant, clair, légèrement opalin, non teinté de sang.

Réflexions. — Tout d'abord il nous paraît nécessaire de légitimer notre diagnostic de polype du périoste. Pourquoi pas polype de la gencive, ou tumeur de la pulpe ? Toutes ces tumeurs en effet sont situées dans la cavité de la carie, qui a détruit la couronne dans une plus ou moins grande étendue. Mais les tumeurs de la pulpe sont constituées par un tissu mollasse, très vasculaire, très sensible au toucher, présentant une surface lisse et unie et un pédicule plongeant dans la cavité pulpaire, où il se continue avec la pulpe. Or dans notre observation rien de tout cela n'existe.

Les polypes de la gencive, eux aussi, sont lisses, mous, friables, très-vasculaires ; il sufit de les ponctionner une ou deux fois pour les voir s'affaisser, et une compresssion de quelques jours les fait entièrement disparaître. De plus ils sont en continuité de tissu avec la gencive enflammée, dont ils conservent la couleur.

Sur notre dent au contraire les petites tumeurs sont framboisées, dures, élastiques, et leur pédicule s'implante directement sur le périoste, et la preuve indéniable que c'est bien le périoste que nous avons et non pas la gencive, c'est qu'il est recouvert d'une légère lamelle osseuse, débris alvéolaire venu avec l'extraction.

Chez notre malade la cause directe de ces petites tumeurs est manifestement une carie avec périostite chronique. Telle est aussi la cause attribuée à ces productions par Magitot, le seul auteur qui en fasse mention.

Aucun travail n'ayant été fait sur ce sujet, dont on trouve encore assez fréquemment des spécimens, nous avons cru utile de publier ce cas, qui joint à un certain nombre d'autres, pourrait servir de base à une étude neuve et intéressante.

D[r] DUPAS.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

23, Rue Richer, 23.

Séance du 20 Mai 1884.

Présidence de M. Poinsot, Vice-Président.

Ordre du jour :

Présentation de nouveaux systèmes de pompes à salives : 1° de MM. Ronnet et Trallero ; 2° de M. Michaels ; 3° de M. le Dr Podolski.

De la résorption des racines des dents permanentes. Observations, par M. Godon.

Présentation d'un ouvre-bouche miroir, par M. Barbe.

Le Secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la réunion précédente.

Ce procès-verbal est adopté sans modifications.

Le Président donne la parole à M. Ronnet pour la présentation d'une pompe à salive.

Nouveau système de pompe à salive, par MM. Ronnet et Trallero.

M. Ronnet. Messieurs, la pompe à salive que j'ai l'honneur de vous présenter est une simplification des systèmes précédents ; elle se compose d'un appareil de Richardson avec soupape, la pompe est à la fois aspirante et refoulante. J'attire votre attention sur la canule, qui a la forme d'un fer à cheval et qui se place immédiatement en dedans du maxillaire inférieur, en dessous de la langue, et se trouve maintenue par celle-ci. Lorsque le patient sent que la salive remplit la partie inférieure de la cavité buccale, il fait le vide dans la poire supérieure en la pressant fortement ; en laissant cette poire revenir à son volume primitif, elle aspire la salive de la bouche ; l'opération peut se répéter aussi fréquemment qu'il est nécessaire.

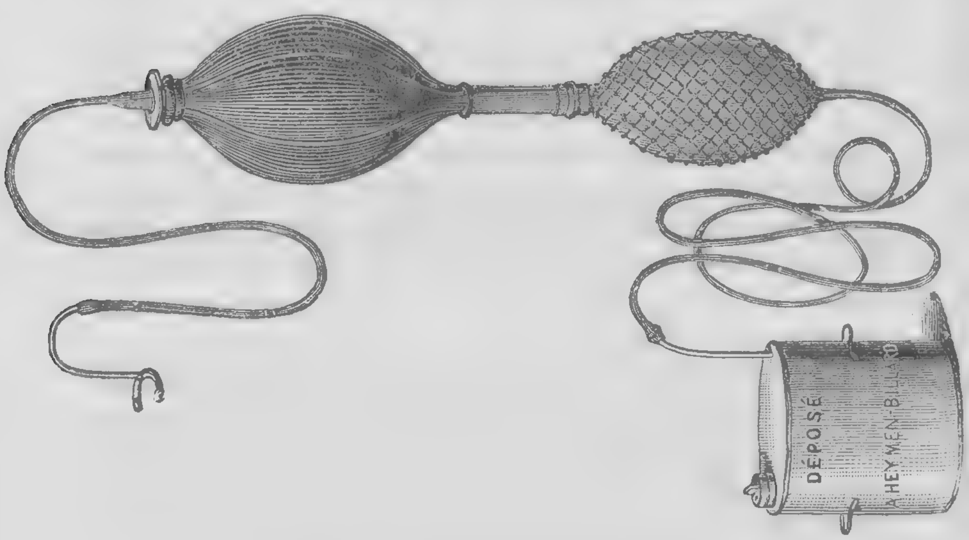
M. Ronnet fait l'expérience de sa pompe dans un verre et dans sa bouche ; le résultat est des plus satisfaisant.

M. Dubois annonce que M. Michaels, empêché, présentera sa pompe à salive dans une séance ultérieure, et dit que l'idéal serait d'avoir une pompe à salive absolument automatique. En attendant cet appareil, on ne peut qu'admirer la

simplicité du modèle de MM. Ronnet et Trallero, qui substitue aux pompes à salive de volume encombrant, d'un mécanisme compliqué, une pompe aussi simple et aussi pratique, pouvant fonctionner pendant toute la durée de l'opération, sans intervention de l'opérateur, par une simple pression de la poire dans la main de l'opéré.

M. Chauvin. La pompe de Heymen-Billard présente à la canule un spéculum qui rend les plus grands services et qui permet de faire des opérations très longues et très difficiles, sans trace de salive. M. Chauvin reconnaît que l'appareil de M. Billard est plus compliqué, mais que l'obligation pour l'opérateur de faire le vide avec le pied n'est pas un inconvénient sérieux.

M. Ronnet. Le résultat est le même avec les deux appareils et les mêmes opérations peuvent se faire aussi aisément. Le fonctionnement de ma pompe est sujet à moins d'interruption, et le prix de l'appareil est bien inférieur.



Pompe à salive du Dr Podolski.

M. le Président. La parole est à M. le Dr Podolski, de Varsovie.

M. Podolski présente une pompe à salive qui repose, en tous points, sur les mêmes principes que la précédente, moins le récipient à salive, qui est remplacé par le crachoir,

et une modification de la canule, qui est en caoutchouc vulcanisé, au lieu d'être en métal, et qui a la forme semi-elliptique. M. Podolski insiste sur la facilité avec laquelle il place sa canule dans toutes les parties de la bouche. Il fait ressortir le petit volume de l'appareil, sa simplicité, la modicité de son prix, et la recommande surtout aux étudiants.

M. le Dr Levett a vu fonctionner cette pompe très régulièrement, de 8 heures à midi.

Une discussion s'engage sur la valeur des matériaux employés pour la confection des canules. M. le Dr Levett emploi la pompe de Snow, la canule est en verre ; il n'a jamais eu le moindre ennui. Toutes ces canules restent assez bien en place. M. Blocman fait remarquer que la fixation de ces canules est une chose secondaire, et, ainsi, on peut l'obtenir à l'aide d'armatures spéciales, ou de simples champs.

M. Godon. Je trouve la pompe de M. Podolski, quoique paraissant assez semblable à celle de MM. Ronnet et Trallero, plus simple. Le récipient est supprimé, l'appareil est un peu moins volumineux, par conséquent, elle est plus pratique et peut remplir aussi facilement le même but.

La pensée de nos inventeurs doit toujours être, selon moi, de simplifier, autant que possible, les appareils qui nous sont nécessaires, nos cabinets d'opération étant déjà suffisamment encombrés.

M. Poinsot. Dans ces pompes, l'opérateur ou le patient doivent intervenir, c'est ce qui a lieu dans tous les appareils où l'absence de l'air n'est pas maintenue. Maisonneuve, et, plus tard, Guérin, ont cherché un moyen de faire l'aspiration constante au niveau des plaies, mais la moindre quantité d'air arrête ces instruments.

La Société vote des remerciements à MM. Ronnet, Trallero et Podolski.

De la résorption des racines des dents permanentes.

Observations par M. Godon.

M. Godon a la parole pour communiquer à la Société des observations sur la résorption des racines des dents permanentes.

M. Godon. Ayant eu l'occasion de relever quelques obser-

vations sur la résorption des racines des dents permanentes, j'ai désiré attirer l'attention sur une affection dont les causes et le traitement sont peu ou pas connus, mais qui, cependant par sa nature semble se rattacher aux désordres consécutifs, aux divers troubles de nutrition des dents.

Duval la signale sous le nom de *consomption des racines ;* Magitot, dans son article dent du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, en cite deux variétés : 1° résorption après mortification de pulpe; 2° résorption après éruption partielle d'une dent voisine. Tomes en parle, mais d'une façon rapide et sans approfondir le sujet.

La résorption dans le cas qui nous occupe, est une atrophie de la racine de la dent, dans laquelle les éléments anatomiques qui la composent disparaissent, molécule par molécule jusqu'à la fonte de tout ou partie de ladite racine. On remarque plusieurs sortes de résorption des racines des dents permanentes.

1° La résorption de la racine d'une dent permanente par suite de la présence de la couronne d'une dent permanente en voie d'éruption tardive.

Dans ce cas, la résorption se comporte comme pour la chute des dents temporaires; la cause et les effets sont les mêmes; le traitement est presque toujours l'extraction de l'un ou de l'autre organe suivant les cas.

Comme exemple, l'on remarque souvent la résorption d'une partie de la racine des deuxièmes molaires inférieures, par suite de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

2° La résorption de la racine des dents permanentes par suite de périostite chronique consécutive, soit à un traumatisme, soit à une carie de la couronne de la dent, ayant amené dans l'un ou dans l'autre cas, la mortification de la pulpe. Dans cette catégorie, c'est à la présence du pus dans lequel baigne la racine, qu'est due cette résorption qui est plutôt une nécrose. — L'étendue de la résorption est généralement très limitée, car sa marche est très lente et la dent ne tarde pas à tomber par suite de l'action destructive du pus sur le périoste, si un traitement rationnel, celui conseillé pour la périostite chronique (trépanation de la dent, traitement antiseptique des canaux), n'est pas rapidement appliqué.

Nous trouvons un exemple de cette affection dans l'incisive latérale nécrosée, relatée dans l'observation n° 1.

3° La résorption de la racine des dents permanentes se produisant sur les dents dont la couronne est saine et blanche, la gencive en bon état, sans cause locale apparente.

Comme on le verra par les observations qui suivent, cette résorption est la plus complète ; lorsque la dent est extraite ou tombe, la racine a presque entièrement disparu.

La marche de cette affection ressemble beaucoup à la résorption des racines des dents temporaires. Elle est lente, indolore. Le malade ne s'en aperçoit que par suite de l'ébranlement progressif de sa dent. Des observations que nous possédons, il résulte que cette affection se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les hommes, et généralement à l'âge de 35 à 50 ans.

Les dents atteintes sont blanches, pas cariées et paraissent d'un tissu peu dense.

La résorption se produit lentement, sans mortification de la pulpe au début, sans inflammation apparente, sans douleur, sans suppuration aucune.

Elle procède de la pointe de la racine au collet de la dent en détruisant simultanément le périoste, le cément, la dentine et les rameaux vasculo-nerveux.

Elle peut dans la même bouche attaquer plusieurs dents, simultanément ou non et sans que ce soient les dents voisines.

Les exemples les plus fréquents portent sur des incisives centrales ou latérales.

La thérapeutique est à peu près nulle ; elle consiste simplement à pratiquer l'extraction de l'organe, lorsque par sa mobilité il est devenu gênant, et cela peu de temps avant sa chute inévitable.

Quelle est la cause de cette affection ?

Cette affection ne semble-t-elle pas par sa nature être une des manifestations d'un état général anormal, d'une diathèse quelconque ? L'absence de symptômes locaux de cause apparente semblerait justifier cette hypothèse : troubles de nutrition, suppression ou diminution des apports nutritifs par suite d'affections générales, désagrégation chimique, mort et fonte lente de l'organe.

Du reste, pour une autre affection qui a certains points de contact, avec celle-ci, l'ostéo-périostite, l'hypothèse de l'influence des diathèses a été parfaitement admise, comme cause de cette affection et il paraît également vraisemblable de l'admettre pour la résorption des racines des dents permanentes.

OBSERVATION I (*Personnelle*).

Le 21 Janvier 1884, Mme X. agée d'environ 45 ans vient me consulter.

Elle paraissait jouir d'une bonne santé, les gencives sont saines, la bouche est bien entretenue, la couronne de la 1re bicuspide supérieure gauche et de la 2e droite, manquent, détruites par la carie ; les couronnes de la 2e molaire de droite et de gauche n'existent plus. Un peu de prognatisme des dents antérieures supérieures, par suite de l'articulation ; les dents antérieures de la mâchoire inférieure, venant frapper les talons des dents de la machoire supérieure.

L'incisive latérale supérieure droite est très chancelante, fortement allongée ; la couronne de la dent paraît grise. En pressant sur la gencive qui est à cet endroit violacée on fait sourdre au collet de la dent une goutteleite de pus

La malade déclare avoir reçu, il y a plusieurs années, un coup sur cette dent, depuis elle s'est ébranlée de plus en plus.

Je diagnostique un abcès alvéolo-dentaire consécutif à la destruction et à la mortification de la pulpe, par suite d'un traumatisme.

L'incisive centrale supérieure gauche est également très allongée et très chancelante, cependant elle a conservé la nuance et l'aspect des autres dents.

Il n'y a pas de suppuration dans l'alvéole de cette dent ; la gencive du reste est très belle et paraît saine.

L'autre incisive centrale est chancelante aussi, mais bien moins que ses voisines, du reste les autres dents ne paraissent pas excessivement solides.

Je diagnostique une dégénérescence du périoste de toutes ces dents par suite d'une affection générale sur laquelle, cependant, je ne réussis à avoir aucun renseignement précis.

Je propose l'extraction de l'incisive latérale supérieure, le périoste me paraissant par trop désorganisé pour pouvoir espérer, par la trépanation de la couronne et le traitement antiseptique de la racine, lui faire reprendre ses attaches et sauver la dent ou même par la réimplantation.

La malade y est du reste décidée, de plus l'état général de la bouche me confirme dans cette solution.

Je propose également l'extraction de l'incisive centrale supérieure gauche dont la chute me paraît prochaine.

La patiente désirant ne pas rester sans dents, je lui prends l'empreinte pour faire de suite un appareil provisoire et l'extraction est remise à deux jours.

Je ne revois plus la malade que le 8 février, elle vient se faire extraire ses deux dents ; j'enlève d'abord l'incisive latérale, l'opération se fait très facilement. La couronne de la dent paraît saine, pas de trace de carie sur la racine, on remarque la destruction presque complète du périoste, une partie de l'extrémité de la racine est resorbée en forme de bec de flûte.

Je pratique immédiatement après l'extraction de l'incisive centrale et je suis étonné de trouver une résorption presque complète de la racine, en tous points semblable à celle que l'on remarque sur les dents temporaires.

J'examine l'alvéole, qui est remplie par une masse rougeâtre, qui ressemble un peu aux petites tumeurs ou hypertrophie de la gencive.

Rien, extérieurement, ne pouvait indiquer cette résorption, que le chancellement de la dent. Et, dans ce cas, il se pourrait que les autres dents soient également atteintes.

Dès lors, nous aurions été en présence d'une affection générale frappant l'ensemble du système dentaire, et pouvant en amener la destruction, affection due à un état général, à une cause constitutionnelle quelconque.

Je fis part de mes appréhensions à la malade, en la priant de vouloir bien faire analyser ses urines.

L'analyse, faite par M. F. Vigier, ne nous a donné aucun renseignement à ce sujet. « Cette urine (dit M. Vgier), dans sa constitution chimique, ne » diffère pas sensiblement de l'urine normale. Elle renferme cependant, » comme élément anormal, des leucocytes, l'albumine, la mucine et le » microscope indiquent, en effet, leur présence. La quantité d'albumine » correspond à celle des globules de pus. Ces globules sont en si faible » proportion, qu'il faut opérer avec la plus grande attention pour en » déceler l'existence. »

OBSERVATION II (*Personnelle*).

Une dame âgée d'environ 30 ans vint me consulter il y a 4 ou 5 ans. Elle paraissait jouir d'une bonne santé.

La bouche était soignée.

Cette dame désirait que je lui fasse un appareil artificiel de plusieurs dents. Elle me pria d'enlever l'incisive latérale supérieure gauche, qui était très chancelante, afin de la remplacer en même temps.

Après l'extraction, je trouvai la racine de cette dent presque complètement resorbée. Cette dame me déclara avoir déjà perdu plusieurs dents dans ces conditions, une incisive centrale et une latérale, de la mâchoire supérieure.

Depuis, je ne l'ai plus vue, et ne possède pas d'autre renseignement à son sujet.

OBSERVATION III (*Communiquée par* M. POINSOT).

Mme X..., cinquante ans environ, se fait soigner la bouche depuis 8 ans au moins, l'état général est relativement bon, cependant d'un temperament extra nerveux. Nous croyons fort, par ce que nous pouvons observer, que nous nous trouvons en présence d'une personne choréique ou même hystérique.

Les deux grandes incives supérieures centrales sont légèrement altérées dans leurs parties interstitielles, mais, étant donné l'état d'ébranlement de ces deux dents, l'une d'elles surtout, nous ne croyons pas devoir employer d'autres substances obturatrices que la pâte de Hill.

Depuis 6 ans au moins, ces dents sont obturées ainsi, chaque 15 ou 18 mois, les mêmes obturations sont renouvelées, afin de remédier à l'usure mécanique de la substance.

Pendant le temps où ces dents ont été obturées il ne s'est produit aucune inflammation vive, aucune suppuration, aucune douleur. Au mois d'Aout 1882, Mme X vient me trouver, désespérée, une de ses dents venait de tomber de sa bouche, l'incisive centrale gauche.

Après avoir examiné si dans les gencives et dans l'alvéole il ne restait pas de racine, nous procédions à l'examen de l'incisive centrale droite, nous constations qu'elle n'était adhérente que par un faible point de la muqueuse gingivale et une partie de son collet l'extraction pratique, ne fit précéder la chute de cette dent que de quelques semaines.

A l'examen de ces dents nous constatons qu'il y a eu résorption presque complète des deux racines, ce qui peut être constaté par l'examen des pièces pathologiques, lesquelles sont moulées sur un petit pied en métal, déposées en ce moment au Musée de l'Ecole dentaire libre à Paris.

OBSERVATION IV (*Communiquée par* M. POINSOT).

Le second cas est relatif à un homme de 60 ans passés, a antécédents inconnus, mais paraissant être un anémique. Mes souvenirs me font défaut et les renseignements me manquent absolument pour compléter cette observation.

Tomes cite plusieurs cas de résorption des racines, un cas d'incisive centrale entre autres.

Maury cite également quelques cas, à la suite de réimplantation de dents.

Les dente résorbées faisant l'objet des observations précédentes sont déposées au Musée de l'Ecole.

M. Dubois. L'altération dentaire locale n'existe pas dans ces cas, je crois à une évolution vicieuse, d'ailleurs il serait nécessaire d'avoir des observations plus précises, en tous cas, je crois que nous devons rechercher les causes premières de l'affection dans la période, embryonnaise de l'organe.

M. Poinsot prie M. Dubois d'examiner les deux incisives centrales qui font l'objet de son observation, la résorption porte sur la totalité des racines et les couronnes, quoiqu'un peu cariées, ne présentent aucune altération de structure.

M. Dubois. Dans le cas de M. Poinsot, je remarque que les dents sont homologues, donc leur évolution est contemporaire, ensuite, qu'elles ne sont pas affectées de carie; celles de l'observation de M. Godon non plus. Je ne nie pas l'influence diathésique congénitale, mais l'influence d'une diathèse acquise à l'âge adulte, quand les dents sont formées; cela me semble plus que contestable. Si une maladie constitutionnelle acquise a causé cette résorption, comment? s'est-elle localisée sur deux dents seulement. Tandis qu'un défaut de structure, l'absence de certains sels terreux, par exemple des troubles de nutrition du germe dentaire, sont les causes les plus probables. Un traumatisme subi pendant la première enfance serait une explication plausible. Si une diathèse cause ces désordres, laquelle? et pourquoi ne les observons-nous pas plus souvent. Car les résorptions de racines sont fort rares et les diathèses courent les rues. Je ne m'explique pas une diathèse dont les effets se limiteraient à deux dents, mieux que cela à leurs deux racines, et ce phénomène s'observe sur des dents dont la couronne est saine, indemne de carie sur des personnes bien portantes ayant la bouche saine. A quelle diathèse secrète avons-nous donc affaire?

Dans les données actuelles, la résorption étendue des racines ne peut s'expliquer par l'origine diathésique.

M. Heidé demande si l'état chancelant ne dépend pas le plus souvent d'une affection alvéolaire.

M. Blocman fait observer que l'évolution étant simultanée, toutes les dents dont l'éruption se fait en même temps, devraient présenter la même prédisposition à la résorption ce qui ne s'observe généralement pas.

M. Godon. Je crois que la densité des tissus non atteints par le mal dans les organes qui font l'objet de nos observations n'est pas normale.

M. Dubois semble m'attribuer l'opinion de rapporter tous les cas de résorption radiculaires des dents permanentes à des diathèses. Je reconnais, comme je l'ai dit au début, trois classes dont l'origine et la marche sont entièrement différentes c'est pour la troisième classe, la résorption sans cause locale apparente, que je crois devoir admettre comme cause l'influence diathésique.

M. Chauvin demande l'âge des malades.

MM. Poinsot et Godon, de 45 et 50 ans.

M. Chauvin. Je crois qu'il est bon de tenir compte de ce point, car à cet âge chez certains individus, il peut se produire un changement dans la proportion des matériaux organiques et inorganiques des tissus dentaires, tout comme cela se passe dans les os.

M. Blocman. Il faudrait faire un examen très sérieux et très complet des portions non atteintes par le mal.

M. Ronnet signale un fait de sa pratique. Une jeune femme, de 26 ans, a fait extraire une dent de sagesse qui évoluait d'une façon vicieuse, M. Ronnet l'a trouvée nécrosée dans sa partie radiculaire.

Dr Levett fait ressortir l'avantage de l'emploi du microscope dans ces études.

Ouvre-bouche, miroir de M. Barbe.

Le président donne la parole à M. Barbe pour la présentation d'un ouvre-bouche miroir.

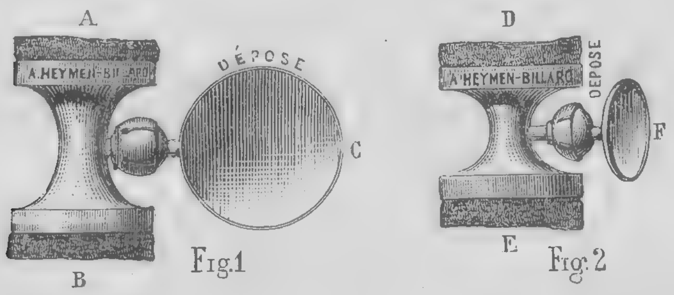


Fig.1 Fig. 2

C'est un petit instrument en forme de sablier présentant à

chaque extrémité, un plateau muni d'une rondelle de liège ou de caoutchouc sur lequel le patient mord. A la partie moyenne se trouve un miroir mobile fixé à l'aide d'un tenon semblable aux miroirs à mains mobiles. L'instrument mis en place dans la bouche d'un des assistants, paraît promettre de bons résultats. M. Barbe explique que le miroir se met bientôt à la température de la bouche et alors la respiration n'a plus d'inconvénient.

Le Président remercie les inventeurs au nom de la Société. — L'ordre du jour de la séance prochaine est voté.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire-Général : BLOCMAN. D. E. D. P.

REVUE DES JOURNAUX

Journal des connaissances médicales.

PHYSIOLOGIE

RECHERCHES SUR LA CONSTITUTION PHYSIQUE ET CHIMIQUE DES DENTS A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE, par le Dr V. GALIPPE.

Résumé :

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse des causes de la carie dentaire, il est une étude préalable qui domine toutes les théories, qu'elles soient chimiques ou parasitaires, c'est celle du terrain, c'est-à-dire de la dent elle-même, envisagée au point de vue de sa constitution physique et chimique. Cette étude a été trop négligée jusqu'à ce jour, et il nous paraît difficile d'édifier quoi que ce soit de sérieux au point de vue de l'étiologie de la carie, si l'on ne détermine pas à l'avance les conditions qui précèdent généralement l'apparition de cette lésion. Ces conditions sont intimement liées à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications imprimées à l'état général par les états pathologiques acquis ou transmis.

Les propriétés physiques, la constitution chimique des dents, constituent la résultante de ces influences diverses.

La dent a en elle-même des éléments de résistance aux causes de destruction, dont la valeur effective est subordon-

née aux causes générales que nous venons d'énoncer succinctement.

C'est ce que nous appellerons le *coefficient de résistance.*

Quand on a examiné des appareils dentaires affectés de carie, on voit que la distribution de cette lésion, lorsqu'elle n'est pas généralisée, varie d'individu à individu, et que dans des circonstances susceptibles d'être comparées, ce ne sont point les mêmes dents qui sont frappées.

Que l'on prenne des enfants en voie d'évolution, ou des femmes en état de gestation, des nourrices, etc., en un mot des individus dont la nutrition subit pour une cause quelconque des variations plus ou moins accusées, on verra que les manifestations locales de ces troubles nutritifs varieront d'individu à individu.

En admettant pour un groupe d'individus placés dans les mêmes conditions pathologiques une cause initiale unique, la localisation des effets sera variable, eu égard à leur point d'application.

Chez les uns, telle dent sera frappée, chez les autres, telle autre sera atteinte.

Quelle conclusion tirer de ces faits, si ce n'est que dans un même appareil dentaire, telle dent, prise en particulier, peut avoir un *coefficient de résistance* inférieur à sa voisine ou à sa similaire.

Ce qui est vrai pour les dents constituant l'appareil dentaire d'un individu déterminé, l'est également pour l'ensemble des appareils dentaires envisagé chez des individus différents. De même que dans une bouche isolément prise, il y a des dents qui, en vertu de leur composition, n'offriront point de résistance sérieuse à la carie, de même, si l'on détermine le coefficient de résistance de différents individus, ceux-ci se distingueront, en supérieurs et en inférieurs. Le coefficient de résistance est donc variable si on l'envisage dans les dents d'une même personne et il diffère également d'individu à individu.

C'est ce coefficient de résistance, exprimé par les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, facteurs en relation intime avec l'état actuel de l'individu et générale-

ment susceptibles d'être modifiés par l'alimentation, l'hygiène et la thérapeutique, que je me suis proposé de déterminer.

Tout d'abord, j'ai établi, par des analyses chimiques, qu'il y avait un rapport constant entre les propriétés physiques des dents et leur constitution chimique.

Ce point de départ étant acquis, je me suis mis en devoir de déterminer, d'abord, une propriété physique importante des dents, les résumant toutes en quelque sorte, je veux parler de la densité.

La méthode employée est celle connue dans les traités de physique, sous le nom de *méthode du flacon*. Cette méthode est susceptible d'une grande précision ; les résultats qu'elle nous a donnés ont du reste été vérifiés par l'analyse chimique.

Voici les résultats fondamentaux auxquels nous sommes arrivé :

La densité des dents croit depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

Chez l'adulte elle est susceptible d'éprouver des variations, suivant les oscillations de la nutrition dans l'état de santé ou de la maladie.

La densité des dents paraît être plus considérable chez l'homme que chez la femme. Toutefois le nombre des appareils dentaires examinés par nous n'est pas suffisant, pour que nous ne fassions pas une réserve sur ce point. C'est ainsi que la densité la plus élevée que nous ayons rencontrée jusqu'ici, 2,24, appartient précisément à une femme, mais c'est là un fait exceptionnel.

Par contre, la densité la plus faible que nous ayons trouvée chez l'adulte, 2,09, nous est également fournie par une femme morte en couches.

Cette dernière observation viendrait à l'appui de l'opinion en vertu de laquelle la carie accompagnerait généralement la grossesse, en raison de l'insuffisance de l'alimentation minérale des femmes enceintes ou nourrices.

En vertu de l'ascension de la courbe des densités depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr, les dents de lait ont une densité inférieure à celle des dents permanentes.

La détermination des densités vient à l'appui de l'opinion de M. Ranvier, qui a professé dans son cours du Collège de France, que les dents présentent des espaces inter-globulaires; les plus nombreux et les plus considérables étaient précisément les plus exposées à la carie, ce sont également celles qui ont une densité comparativement plus faible. La physique vient aussi confirmer les données de l'anatomie microscopique.

Si l'on examine comparativement les densités des dents du côté droit et du côté gauche, on voit toujours que la densité est un peu plus considérable d'un côté que de l'autre.

Cette différence nous a paru être moins marquée alors que le coefficient de résistance était plus élevé.

La prédominance du côté droit sur le côté gauche nous paraît ressortir de nos déterminations. Ce fait est conforme aux lois établies par A. Milne-Edwards et de Luca, sur la prédominance physique et chimique du système osseux droit sur le gauche.

La dent est un organe complexe, constitué par des tissus différents, sa densité n'est donc que la moyenne des densités de ces différents tissus.

Toutefois, si l'on prend séparément la densité des couronnes et celle des racines, on voit que la densité des couronnes obéit aux lois que nous avons établies plus haut.

Examinons, par exemple, un appareil dentaire dont la densité moyenne générale est égale à 2,1081.

Nous voyons que la densité des dents du côté droit est égale à 2,11 et l'emporte sur la densité du côté gauche, dont la densité est seulement égale à 2,09.

Si maintenant nous prenons la densité moyenne des couronnes, nous voyons qu'elle est considérable, puisqu'elle est égale à 2,3077, tandis que la densité moyenne des racines tombe à 1,97.

En poursuivant l'analyse, nous voyons que la moyenne des densités des couronnes du côté droit est égale à 2,32, tandis que du côté gauche elle atteint seulement 2,28.

La densité des racines dans cet exemple n'a pas varié.

La constance de ces faits a été retrouvée pour les dents de

lait et même pour les dents encore inclusées dans le maxillaire.

Il me reste maintenant à montrer :

1° Que la composition chimique de la dent suit les oscillations de la densité ;

2° Que la répartition de la carie obéit à deux facteurs : propriétés physiques et constitution chimique ;

3° A rechercher si les dents se carient plus fréquemment à gauche qu'à droite.

C'est ce que je ferai ultérieurement (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées a être examinées au microscope

Par M. V. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine.

Conservation des fragments destinés à l'examen histologique.— Ces fragments doivent être très petits relativement à la quantité du liquide dans lequel on les plongera. Le volume du liquide doit être en général vingt fois plus considérable que celui de la pièce anatomique.

S'il s'agit simplement de déterminer le genre d'une tumeur charnue (épithéliome, carcinsone, sarcome, myxome, myome, etc.), on détachera, avec un rasoir ou un bistouri bien affilés, dans la partie centrale, et dans un ou plusieurs points de la périphérie, des cubes ou des hexaèdres réguliers, qu'on essuiera ou qu'on lavera rapidement à l'eau distillée, s'ils sont couverts de sang, et qu'on placera dans l'alcool à 80° ou 90°. Ces fragments, au nombre de deux ou trois, du volume de 1/3, 1/2 ou 1 centimètre cube chacun, seront suspendus dans un flacon, contenant environ 50 gr. d'alcool à 90°, à large col, bouché à l'émeri ou avec un opercule métallique. Au lieu de suspendre les pièces, il suffit de mettre,

---

(1) Travail du Laboratoire de la Clinique d'accouchements.

dans le fond du flacon, une couche de ouate. Les bouchons de liège, outre qu'ils bouchent mal, ont l'inconvénient de laisser développer des moisissures à leur face inférieure. Aussi, faudra-t-il, si l'on est obligé de s'en servir, tremper cette face dans la paraffine fondue et sceller ensuite le bouchon à la cire.

Pour étudier la multiplication indirecte des cellules (kariokinèse) dans les tumeurs ou altérations de la peau, il faut choisir une partie que l'on suppose en voie de développement actif et la mettre immédiatement dans l'alcool absolu ou dans une solution d'acide chromique à deux pour mille. Dix minutes, un quart d'heure après l'ablation de la tumeur, il serait trop tard.

Pour dissocier les éléments d'une tumeur, il sera bon de mettre un fragment de deux millimètres cubes environ, dans un flacon de 30 gr., contenant deux parties d'eau distillée pour une partie d'alcool à 90°. Au bout de 24 heures, on renouvellera le liquide si l'examen est retardé.

Si l'on veut conserver tout le sang contenu dans les vaisseaux, ou dans un tissu caverneux, si l'on a affaire à un angiome, par exemple, on emploiera un liquide coagulant, la liqueur de Müller (20 gr. de bichromate de potasse, 10 gr. de sulfate de soude, pour un litre d'eau distillée). On y placera toute la tumeur, si elle est petite, sans l'ouvrir afin de n'en pas faire écouler le sang, ou un lobule de la tumeur si elle est volumineuse. La quantité du liquide employé doit être vingt fois plus considérable que le volume de la pièce.

Pour étudier les nerfs pris, soit dans une tumeur, au niveau et autour d'un sarcome ou d'un myxome des nerfs, soit dans l'amputation d'un membre, à la suite d'un traumatisme, etc., il faut détacher avec les ciseaux un mince faisceau nerveux dans la longueur, de 1 à 3 centimètres, le fixer à ses deux bouts en l'étendant le long d'une petite tige de bois, une allumette par exemple, creusée d'une rainure suivant sa longueur, et placer le tout dans un tube de verre contenant une solution d'acide osmique au centième.

Les tumeurs sous-cutanées douloureuses qu'on suppose contenir des nerfs seront mises aussi dans une solution d'acide

osmique au centième. Il importe que les fragments soient assez petits pour que l'acide osmique pénètre partout dans leur intérieur. Les fragments hexaédriques, de forme régulière, à faces coupées bien nettement avec un bon rasoir, n'auront pas plus de deux millimètres d'épaisseur sur 6 à 7 millimètres de longueur. Après un séjour de vingt-quatre heures dans une quantité d'acide osmique d'environ cinq fois leur volume, ils seront mis à dégorger dans de l'eau distillée, puis conservés dans l'alcool absolu. *(A suivre).*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un vétéran de la profession, M. Levett, père de l'éminent professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole Dentaire de Paris. Pendant sa longue carrière, de 1835 à 1878, il eut l'amour et le respect de son art, et fut des premiers à utiliser la pression atmosphérique en art dentaire, et il prenait en 1856 un brevet pour une plaque à succion.

Les nombreux amis, les élèves que M. le Dr Levett s'est fait parmi nous prennent part à sa douleur et sont heureux de lui exprimer leurs sympathies. *(La Rédaction.)*

NOUVELLES

Heureux d'apprendre à nos lecteurs que le Dr Gérard, professeur d'Histoire naturelle et de Micrographie à l'Ecole Dentaire de Paris, vient, après un brillant Concours, d'être nommé professeur agrégé à l'Ecole Supérieure de Pharmacie de Paris.

M. le Dr Gérard augmente ainsi la liste déjà grande de succès obtenus par le Corps enseignant de l'Ecole Dentaire, cela nous est un grand plaisir de lui adresser nos sincères félicitations.

M. le Dr Decaudin a donné sa démission de professeur à l'Institut Odontotechnique.

Le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris a offert à M. le Dr Decaudin le cours d'Anatomie et de Physiologie Dentaires. Nous sommes heureux de voir rentrer parmi nous un professeur dont, pendant trois ans, les élèves de l'Ecole Dentaire libre de Paris ont pu apprécier les remarquables qualités.

Les examens d'entrée à l'Ecole Dentaire de Paris auront lieu le lundi 27 octobre, à huit heures du soir.

25,591. — AMIENS. — IMP. T. JEUNET.

VOL. 4. Paris, 1er Août 1884 N° 8.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR AOUT 1884.

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE ET A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE.

Séance du 2 Juillet 1884.

Anesthésie a l'aide d'un mélange de chloroforme et d'air exactement titré. Méthode de M. P. Bert. Statistique des 115 premières observations recueillies dans le service de M. Péan a l'hôpital Saint-Louis, par le docteur A. Aubeau (1).

M. P. Bert exposait dernièrement les résultats des premières anesthésies obtenues chez l'homme à l'aide de sa méthode de dosage de chloroforme et d'air.

M. Péan a continué l'emploi de cette méthode pour les opérations de son service.

Dans tous les cas, l'anesthésie a été conduite par M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne.

(1) Les observations détaillées rapportées à l'appui des conclusions du présent travail seront publiées dans les *Mémoires* de la Société pour l'année 1884.

Nous avons recueilli les observations dont nous désirons communiquer aujourd'hui la statistique.

Elle porte sur 115 cas. Si ce nombre est trop restreint pour fournir les bases d'un jugement définitif, il est du moins suffisant pour permettre d'établir une comparaison entre les procédés ordinaires et la méthode des mélanges titrés.

Nous n'avons pas à faire ici l'exposé de cette méthode, mais il importe de relater les résultats fournis par l'emploi des différents mélanges.

Titres des mélanges. — La quantité de chloroforme contenue dans les mélanges a varié entre 7 et 10 pour 100.

Le mélange à 8 pour 100 a été employé chez 103 malades sur 115. C'est lui qui donne les meilleurs résultats. En effet, le mélange à 7 pour 100 n'est suffisamment anesthésique que pour les très jeunes enfants. Le mélange à 10 pour 100 ne fait que hâter la marche de l'anesthésie.

La dose de 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air représente la dose *minima* pour la moyenne des individus.

L'*âge*, le *sexe*, le *tempérament*, n'ont qu'une influence secondaire et déjà connue.

68 malades appartiennent au sexe masculin, 47 au sexe féminin. Les âges se répartissent entre six mois et soixante-seize ans; les deux extrêmes de la vie.

Des *opérations* de siège, de nature et de durée variables, ont été pratiquées chez ces malades. A savoir :

14 amputations;

18 résections osseuses et évidements;

1 désarticulation de la hanche;

1 réduction de luxation de la hanche;

2 autres opérations sur les jointures : l'ablation d'uue encéphalocèle et l'arrachement du nerf dentaire inférieur;

2 autoplasties de la face;

9 débridements d'abcès froids fistuleux énormes, avec ablation des fongosités;

32 ablations de tumeurs de toute nature et de toutes régions;

1 opération du bec-de-lièvre;

1 ablation d'ongle incarné;

5 opérations sur le rectum et l'anus ;
10 sur les organes génitaux urinaires de l'homme ;
16 sur ceux de la femme, dont une ovariotomie et une opération de fistule utéro-vésicale, etc , etc.

Plusieurs malades présentaient des *états pathologiques* capables d'influer sur la marche de l'anesthésie : laryngite, bronchite, phtisie, nervosisme, alcoolisme, anémie. L'hyperesthésie des muqueuses laryngienne et bronchique a provoqué de la toux. L'anémie a été favorable à la rapidité et à l'intensité de l'action anesthésique sans toutefois entraîner de dépression nerveuse inquiétante.

L'opération a pu être conduite à bonne fin, même chez un malade atteint de cancer étendu du gros intestin qui subit dans la même séance l'opération de l'anus artificiel, d'abord par la méthode de Callisen, puis par celle de Littre, bien que tout concourût à engendrer chez ce patient une adynamie mortelle.

L'anesthésie marcha très régulièrement chez un autre sujet très débilité, qui avait eu récemment plusieurs accès d'embolie pulmonaire, bien qu'on eût employé un mélange à 9 pour 100.

L'alcoolisme a retardé la période d'anesthésie confirmée et a hâté le réveil.

Phénomènes de l'anesthésie. — Nous n'avons jamais observé chez nos malades la répugnance qu'inspire le chloroforme administré par la méthode de la compresse.

Sauf chez un jeune homme atteint de laryngite et un phtisique alcoolique, il n'y a eu, au début, ni toux, ni spasme de la glotte, ni hypersécrétion glandulaire.

La période d'excitation, si fréquente avec les procédés habituels, a fait complètement défaut dans plus de la moitié des cas. Elle a été insignifiante dans la plupart des autres et representée seulement par quelques plaintes, des rêvasseries sans mouvements, de légères secousses convulsives dans les membres, un mouvement d'élévation du bras et de la jambe, le tout ne durant pas plus de deux secondes à deux minutes.

Encore cette excitation légère était-elle provoquée, le plus

souvent, par l'exploration de la région malade, le lavage des plaies, etc.

En réalité, 12 malades seulement sur 115 ont eu de l'excitation marquée ou prolongée. Onze étaient alcooliques ; chez le dernier, le masque n'appliquait pas hermétiquement au visage.

L'anesthésie confirmée a été obtenue, en moyenne, sept minutes après le début des inhalations, elle a été en règle très générale parfaite, c'est-à-dire régulière, calme, continue, profonde, et n'a pas présenté les alternatives de demi-réveil et de demi-collapsus qu'on observe si fréquemment avec les procédés ordinaires.

Dans le cas d'opérations pratiquées sur les mâchoires, la méthode des mélanges a offert des avantages réels, en permettant de maintenir pendant toute la durée des manœuvres chirurgicales, l'anesthésie aussi profonde, en conduisant les vapeurs à l'entrée du larynx à l'aide d'un tuyau en cuivre recourbé, construit par M. Mathieu sur les indications de M. P. Bert.

Irrégularités de l'anesthésie. — Il y a eu, pendant la période d'anesthésie confirmée, quelques incidents : de la toux chez quatre malades atteints de laryngite ou de bronchite, des nausées et un vomissement, pendant une suspension des inhalations.

Un ralentissement inquiétant de la respiration chez un rhumatisant goutteux, vingt minutes après le début des inhalations.

Les soupapes de l'inhalateur fonctionnaient mal, mais néanmoins l'explication de ce phénomène n'est pas des plus simples. Peut-être y a-t-il lieu d'accuser quelque réflexe encore peu connu, car, au moment où la respiration s'est modifiée, on opérait dans la profondeur du creux axillaire.

Les recherches que nous faisons actuellement avec M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne, sur les réflexes provoqués par les manœuvres opératoires, pendant l'anesthésie, donnent une certaine valeur à cette interprétation.

Il y eut enfin un certain degré d'adynamie chez le sujet

atteint de rétrécissement cancéreux du gros intestin. L'étendue de l'affection organique, la déchéance nutritive subie par le sujet, la gravité et la longue durée (quatre-vingt-deux minutes) des opérations, ont certainement joué dans ce cas un rôle plus important que le chloroforme. Enfin, comme nous l'avons dit, l'opération put être conduite à bonne fin, et l'on est en droit de se demander si l'on aurait eu un égal succès avec le procédé aventureux de la compresse.

A propos de ce malade, il est intéressant de remarquer que la méthode de l'anesthésie par la voie rectale n'est pas applicable à tous les cas.

L'examen attentif des différents faits que nous venons de signaler, montre que les incidents de l'anesthésie confirmée ne sont nullement imputables à la méthode.

La *durée* totale des anesthésies a varié entre huit et quatre-vingt-deux minutes.

Les *quantités* de mélange dépensées ont oscillé entre 80 et 1200 litres, suivant la durée de l'anesthésie.

Le *réveil* s'est effectué, en moyenne, sept minutes après la cessation des inhalations, mais après le réveil l'insensibilité à la douleur a persisté pendant un temps variable. Quelques malades ont eu des vomissements au réveil et chez quelques-uns l'état nauséeux a persisté de trente-six à quarante-huit heures.

Appréciation de la valeur de la méthode des mélanges titrés. — Des circonstances particulières nous ont entraînés à pratiquer l'anesthésie chloroformique presque quotidiennement depuis dix années et à étudier de près les phénomènes cliniques de l'anesthésie. Nous avons pu expérimenter et apprécier les divers procédés ; disons de suite que notre impression générale est toute en faveur de la méthode de M. P. Bert, qui donne à la conduite de l'anesthésie une précision, une régularité, une sécurité inconnues jusqu'alors.

Mais, pour appuyer notre opinion sur des données précises, envisageons les inconvénients et les dangers de l'anesthésie chloroformique.

Les inconvénients sont : la répugnance des malades et l'irritation des muqueuses buccale, nasale, pharyngienne et

laryngienne au début des inhalations, d'où : toux, spasme de la glotte, suffocation et hypersécrétion glandulaire.

Le danger, c'est la syncope respiratoire. Nous ne prétendons pas nier la possibilité d'une syncope cardiaque au cours de l'anesthésie, mais nous ne l'avons pas observée.

Au contraire, tous les accidents qui ont évolué sous nos yeux étaient attribuables à une syncope respiratoire.

La syncope respiratoire revêt deux formes : forme convulsive, forme parésique ou adynamique.

La forme convulsive apparaît soit tout à fait au début des inhalations, soit pendant la période d'agitation.

Au début elle paraît due à la pénétration d'une dose massive de vapeurs chloroformiques dans les voies respiratoires, à un accès de suffocation.

Plus tard elle fait suite à une respiration saccadée, pénible, convulsive ; elle est souvent précédée de troubles vasculaires cutanés, sur lesquels nous avons autrefois attiré l'attention (*Odontologie*, t. III, n° 3).

La forme adynamique est le terme d'une dépression nerveuse excessive produite par le chloroforme.

Ces données étant établies, nous poserons les conclusions suivantes :

1° La dose de chlroforme 8 pour 100 étant une dose minima pour la majorité des individus ; les phénomènes d'irritation locale des muqueuses nasale, buccale, pharyngienne et laryngienne (toux, spasme, suffocation) faisant défaut avec l'emploi des mélanges titrés, la syncope convulsive du début ne nous semble plus à craindre ;

2° La période d'excitation étant supprimée ou considérablement atténuée, sauf chez les alcooliques, le danger de la syncope convulsive de la période d'excitation paraît écarté.

3° L'emploi d'une dose maxima de chloroforme et l'absence de dépression nerveuse inquiétante doivent rassurer sur la probabilité d'une syncope adynamique.

Toutefois, comme il est impossible de prévoir à l'avance jusqu'où ira la dépression nerveuse chloroformique chez certains sujets déjà débilités ; comme cette dépression est variable suivant les individus ; comme à cette dépression peut

s'ajouter celle d'un *choc chirurgical* excessif, il importe de faire des réserves et de ne jamais s'écarter des obligations de prudence et de surveillance.

Nous n'insistons pas sur les avantages d'ordre secondaire (entretien de l'anesthésie pendant les opérations qui se pratiquent sur la bouche et les fosses nasales, économie de chloroforme).

Nous dirons seulement pour terminer que, si la méthode des mélanges ne donne pas une sécurité absolue, elle offre du moins sur les autres procédés d'immenses avantages.

Les observations faites sur l'homme confirment de tous points les expériences faites sur les animaux.

M. le docteur Dubois a fait construire un appareil transportable et d'un maniement facile. M. Péan se propose de poursuivre l'usage des mélanges titrés. Pour notre part, nous continuerons à recueillir avec soin les observations des malades anesthésiés par cette méthode, parce qu'à notre sens on n'obtiendra de données sérieuses et pratique sur l'anesthésie qu'en se plaçant toujours dans des conditions identiques, c'est-à-dire en employant des mélanges exactement titrés.

Machine a anesthésier du docteur R. Dubois, construite par M. Tatin, pour la chloroformisation par la méthode de M. Paul Bert, par M. R. Dubois.

Ayant été chargé par mon maître M. le professeur Paul Bert d'appliquer pour l'anesthésie chirurgicale la méthode des mélanges titrés, à l'hôpital Saint-Louis, sous la savante direction de M. le docteur Péan, j'ai pu me rendre facilement compte des inconvénients que pouvait présenter dans la pratique l'emploi des gazomètres.

Je ne reviendrai pas ici sur la critique détaillée des appareils qui ont servi aux premières expériences : elle a été présentée dans une Note antérieure.

Je me bornerai seulement à rappeler que l'objection la plus sérieuse est basée sur ce fait, à savoir que l'emploi des gazomètres nécessite l'intervention d'un aide très attentif, familiarisé déjà avec le maniement compliqué de ces appareils.

Le mesurage du chloroforme se faisant au moyen d'une éprouvette graduée, on peut craindre des erreurs de lecture de la part de celui qui est en même temps chargé de surveiller le jeu des robinets et celui des cylindres.

En outre, le volume, le poids, la fragilité et le prix des gazomètres ne permettent guère leur emploi que dans les grands hôpitaux, où ils pourraient rendre de véritables services, à la condition de leur donner la dimension, la forme et la disposition indiquées par M. le professeur Paul Bert (1).

Pour la pratique courante, il était au contraire important, nécessaire même, de réduire de beaucoup le poids et le volume.

Depuis la découverte des liquides anesthésiques,. on n'a cessé de maîtriser l'activité merveilleuse, mais redoutable, de ces puissants auxiliaires.

Le nombre des appareils inventés danr ce but est considérable. Malheureusement on reconnaît bien vite, en suivant avec attention l'historique de cette question, que tous les inventeurs semblent avoir voulu appliquer une règle qu'ils ne connaissaient pas.

Les premiers essais ont été, à tort, le plus souvent pratiqués d'emblée sur l'homme, et, malgré la bonne volonté des chirurgiens mise plus d'une fois à contribution, on a dû renoncer à l'emploi d'appareils dont la construction ne reposait sur aucune donnée scientifique solide.

Ces appareils ont, en général, pour but de déterminer le poids du chloroforme ou de l'éther employé dans un temps donné. On s'est efforcé surtout de modérer ou d'activer à volonté la volatilisation de l'agent anesthésique par des robinets, des tubes, des orifices de grandeurs variables, sans tenir compte de la tension de la vapeur ainsi produite dans son mélange avec l'air.

C'est cependant là le point essentiel, ainsi que cela a été établi par les nombreuses expériences de M. Paul Bert.

---

(1) M. Paul Bert pense qu'il y aurait avantage à avoir dans chaque hôpital un grand gazomètre simple à air chloroformé pouvant distribuer, au moyen de tuyau en plomb, le mélange anesthésique dans chaque service de chirurgie.

Il fallait donc, pour se conformer aux indications de la méthode par les mélanges titrés, dans la construction d'une machine pratique à anesthésier, obtenir une mesure exacte des volumes d'air et de vapeur anesthésique, constituant un mélange homogène et titré immédiatement au gré de l'opérateur.

Telles sont les raisons qui m'ont fait rechercher le moyen de remplacer les gazomètres par un corps de pompe et l'aide chargé de mesurer et de verser le chloroforme par une pièce mécanique.

Mais cette conception serait probablement restée à l'état de vues théoriques si je n'avais pu obtenir le concours de M. Tatin, bien connu déjà du monde savant par l'ingéniosité de ses travaux.

Les recherches que nous avons faites en commun nous ont permis de construire la machine à anesthésier que je place sous les yeux de la Société et au moyen de laquelle six anesthésies ont été pratiquées avec succès cette semaine à l'hôpital Saint-Louis.

La machine à anesthésier se compose d'une pompe à air, rappelant la disposition connue en hydraulique sous le nom de « pompes des prêtres ». Une plaque circulaire horizontale supportant une membrane invaginante est mise en mouvement par l'intermédiaire d'une tige terminée à sa partie supérieure par une chaîne Vaucanson se réfléchissant sur une roue dentée et supportant à son extrémité libre un contrepoids.

Cette roue dentée est mise en mouvement par un volant auquel on communique un mouvement circulaire alternatif et limité dans chaque sens par un butoir commandant, à chaque fin de course, un tiroir de distribution analogue à celui des machines à vapeur; on évite ainsi l'emploi des soupapes, dont la fonction est si souvent imparfaite et par conséquent inquiétante.

Le jeu de ce premier groupe d'organes est invariablement lié à celui qui est chargé d'assurer le dosage du liquide anesthésique.

A cet effet, un petit seau métallique, fonctionnant comme un godet de *noria*, va, à chaque course du piston, puiser la quan-

tité voulue de l'anesthésique employé dans un récipient placé au-dessous de lui.

Ce godet, arrivé au point culminant de sa course, déverse son contenu dans un barboteur, traversé par l'air appelé de l'extérieur par le jeu du piston.

Le volume d'air mesuré par la capacité du corps de pompe est toujours suffisant pour volatiliser complètement le liquide anesthésique, dont les vapeurs se mélangent intimement à lui, au moment du passage dans le barboteur.

La pompe à air étant à double effet, on peut ainsi charger l'appareil d'un côté du piston, tandis que le mélange préparé de l'autre côté est conduit jusqu'aux voies respiratoires du malade par un tube flexible auquel on adapte un masque d'un modèle spécial sans soupape, ou un tube destiné à injecter le mélange anesthésique dans l'arrière-bouche, selon les cas.

Grâce aux dispositions de cet appareil, on peut le confier aux mains les plus inexpérimentées, sans avoir à craindre qu'il produise un autre mélange que celui indiqué par le godet employé.

Son volume restreint, qui ne dépasse guère celui d'un seau ordinaire, son faible poids (15 kilogrammes), la simplicité de sa manipulation en font un appareil susceptible d'appliquer dans la pratique courante la méthode d'anesthésie de M. Paul Bert, qui jusqu'à présent a donné de si brillants résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 Juin.

Observations a propos de la communication de M. Aubeau, relative aux mélanges titrés de chloroforme et d'air, par M. Paul Bert.

M. Aubeau a présenté, dans la dernière séance, les résultats de ses observations sur les applications de ma méthode anesthésique. J'ai été très heureux de voir que son appréciation très autorisée, était tout à fait favorable à l'emploi des

mélanges titrés. Je veux aujourd'hui, à ce propos, faire deux observations.

La première, c'est que ces 115 observations ont été faites à l'aide des gazomètres. Dorénavant, je ne me servirai plus que de l'appareil de M. Dubois construit par M. Tatin. Cet appareil réalise en effet les conditions que j'avais indiquées : titrage exact du mélange, changements faciles de ce titrage, marche automatique, n'exigeant aucune éducation première et presque aucune attention, impossibilité de tout accident, hormis la respiration d'air non chloroformé. Les nombreux essais faits sur le chien nous ont permis d'essayer chez l'homme, et les résultats ont été plus satisfaisants encore qu'avec les gazomètres.

La seconde observation, c'est que je crois bon de renoncer à la continuité de la respiration du mélange à 8 grammes pour 100 litres d'air, lorsque l'opération doit durer très longtemps. Je commence par la dose de 8 grammes, ou même de 10 grammes; puis l'anesthésie bien confirmée, c'est-à-dire après une dizaine de minutes, j'entretiens avec le mélange à 6 grammes.

· Les avantages de cette modification sont les suivants. Le mélange à 8 grammes semble correspondre par ses effets sur l'homme au mélange à 10 grammes chez le chien. On peut en inférer que celui à 6 grammes chez l'homme correspondra à celui à 8 grammes chez le chien. Or, avec 10 grammes, la mort arrive chez le chien dans le courant de la troisième heure : avec 8 grammes seulement dans celui de la sixième heure. On voit que le mélange à 6 grammes donnerait au chirurgien un temps infiniment supérieur à celui des opérations les plus longues.

Dans les accouchements, j'emploierais le mélange à 8 grammes, lorsqu'il s'agit de douleurs assez éloignées, avec intermittences espacées. Dans les derniers moments, je donnerais le mélange à 6 grammes d'une manière continue. C'est là un nouveau champ d'essai pour la méthode.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(23, Rue Richer, 23.

Séance du 17 Juin 1884.

Présidence de M. Poinsot, Vice-Président.

Ordre du jour :

Extraction d'une dent anormale. — Bioux, D. E. D. P;
Présentation d'un cas de réimplantation. — Dr Levett ; Observation recueillie par M. Barrié ;
De la Diathèse urique, par M. Poinsot ;
Discussion.

M. Legret, secrétaire des séances, se fait excuser.

M. Michæls qui devait faire la démonstration d'une pompe à salive, s'excuse par lettre. M. Podolski se fait excuser par M. Godon. Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, le procès-verbal est adopté.

M. Thioly, D. E. D. P. écrit de Varsovie pour demander à faire partie de la Société d'Odontologie.

Sa demande est acceptée.

M. Godon fait remarquer que M. Thioly, comme diplomé de l'École, fait partie de droit de la nouvelle Société.

Extraction d'une dent anormale.

M. le Président donne la parole à M. Bioux, D. E. D. P., secrétaire des séances.

M. Bioux offre au musée de l'École, un moule en plâtre, avec une dent, les deux pièces font l'objet de l'observation qu'il présente à la Société.

M. Bioux. — L'anomalie que j'ai l'honneur de vous présenter est rangée par Magitot parmi les anomalies de disposition. Notre maître, M. Poinsot, pense qu'elle est le résultat de la soudure du follicule de la deuxième molaire inférieure, avec celui d'une dent surnuméraire.

La personne qui portait cette anomalie, fut adressée par un confrère de province, M. X. à M. Poinsot.

Consulté pour une douleur névralgique siégeant au niveau de l'oreille gauche, notre confrère lui avait immédiatement et

à juste titre attribué l'origine de cette dent anormale que je vous présente ce soir et il en avait décidé l'extraction. Après trois tentatives sans résultats, notre confrère se décida à envoyer sa patiente auprès de M. Poinsot.

Le lendemain samedi, la malade se présente à nous, en l'absence de M Poinsot, de service à l'École, nous examinons le cas.

La bouche est dans de bonnes conditions, quelques molaires sont absentes, elles ont été extraites et il n'existe pas une seule carie. La douleur névralgique dont se plaint notre malade ne peut être attribuée qu'à la présence d'une grosse molaire inférieure anormale; cette dent vue en place a l'aspect de deux dents accolées. La gencive environnante est rouge et vasculaire. L'extraction est décidée et pratiquée à l'aide d'un davier dit bec de faucon. Comme vous pourrez le constater, la disposition des racines ne vous permet pas de faire pénétrer les mors de notre pince aussi profondément que nous l'aurions voulu; la moindre pression exercée pour enfoncer l'instrument, le faisant glisser du côté de la branche montante du maxillaire. Nous eûmes soin de bien maintenir les mors de la pince dans l'axe de la dent, et l'extraction fut relativement facile. Nous ne pouvons nous expliquer l'insuccès de notre confrère, que par l'emploi d'un davier mal approprié qui ne lui permettait pas d'employer son maximum de force et peut-être aussi à la persistance qu'il dut mettre à faire pénétrer sa pince ne se rendant pas compte de l'obstacle qu'il rencontrait.

On examine le moulage, des membres de la Société promettent d'en envoyer pour augmenter le musée, des remerciements sont votés à M. Bioux.

La parole est à M. Barrié pour lire l'observation d'une réimplantation faite à l'école par M. le professeur Levett. D. D. S.

Le sujet est présenté à la Société.

M. Barrié. Mademoiselle L... âgée de 13 ans, écolière, demeurant à Paris, se présente à la clinique le 27 Août 1883, nous constatons que cette jeune fille s'est cassé la grande incisive supérieure droite, en tombant sur le macadam vers l'âge de 10 ans. Il en est résulté la mortification de la pulpe

avec abcès alvéolaire et ouverture fistuleuse. La section est presque horizontale à la réunion du tiers libre et des deux tiers adhérents de la couronne.

Le 2 Septembre 1883. — M. Barrié entreprend le traitement; extraction des débris pulpaires, lavages et mèches iodoformées, ce traitement, continué jusqu'au 2 Octobre suivant, permit de faire l'obturation à la gutta-percha.

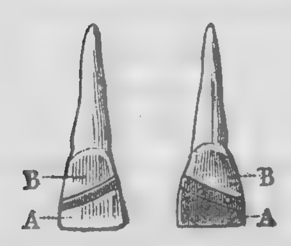
7 Avril 1884. — La dent se trouve dans des conditions normales, sauf une teinte grisâtre assez accentuée, la fistule n'a pas récidivé. Pour remédier à la partie de la couronne qui manque; ajustement d'un morceau de dent minérale contre-plaquée, soudée ensuite à un pivot d'or qui est fixé dans la cavité pulpaire à l'aide de la pâte de Poulson.

12 Avril 1884. — Par suite du traumatisme occasionné par ce travail ou peut-être par la poussée d'une certaine quantité d'air introduite en même temps que la substance obturatrice vers l'apex de la racine, nous constatons qu'il y a périostite et fluxion.

14 Avril 1884. — Pose d'une sangsue, qui détermine une ouverture fistuleuse sur la gencive à 0m 02 au-dessus du collet de la dent.

19 Avril 1884. — La fluxion et les douleurs ont presque complètement disparu, il s'échappe une certaine quantité de pus par le trajet fistuleux. C'est alors que M. le Professeur Lewett décide la réimplantation.

28 Avril 1884, 10 h. du matin. — Extraction de la dent avec anesthésie au protoxyde d'azote, injections de permanganate de potasse dans la cavité alvéolaire, un tampon de coton imbibé de ce médicament est maintenu dans la cavité jusqu'à la remise en place de la dent. La dent est dénudée de son périoste dans une certaine étendue. Résection de la partie malade, environ 0m002; l'opérateur adoucit les angles à la lime. Aurification de la portion comprise entre la dent naturelle et la dent minérale en maintenant la racine de l'organe dans un linge imbibé d'eau tiède légèrement phéniquée, la couronne repose sur une table.



A. *Partie de couronne artificielle.* — B. *Dent fracturée.*

10 h. 45 m. — La dent est remise en place et maintenue à l'aide d'un appareil contentif en platine.

Les diverses parties de cette opération ont été pratiquées par M. le Professeur Levett.

Il est à remarquer que la dent est restée séparée de son alvéole quarante-cinq minutes ; dans les différents traités de M. le D[r] David relatifs à la greffe dentaire, on peut voir que parmi les quelques observations qu'il a prises, la dent n'est restée séparée de son alvéole que pendant un espace de temps variant de 2 à 22 minutes.

Applications faites par le malade, toutes les deux heures, de teinture d'iode et teinture d'aconit, parties égales, ainsi que de glace sur la partie opérée.

29 avril. — La jeune fille n'a pas ressenti de fortes douleurs, il n'y a pas de fluxion, mais un peu de suppuration, la dent est très mobile.

5 Mai. — La dent a contracté des adhérences avec la gencive, elle n'est pas entièrement consolidée ; on enlève l'appareil, il n'y a plus de suppuration.

8 Mai. — La dent est parfaitement consolidée ; elle dépasse les autres de 1/2 millimètre environ.

12 Mai. — Nous constatons la présence d'un peu de pus très fluide par une pression modérée sur la gencive. Injection au permanganate tous les deux jours jusqu'au 9 juin.

11 Juin. — La fistule est fermée ; nous considérons le traitement comme terminé, la couronne est au niveau des autres sans qu'on ait eu à la meuler.

Les félicitations les plus chaleureuses sont adressées au dévoué Professeur de l'Ecole Dentaire.

La dent, examinée, est non seulement parfaitement guérie,

mais elle présente, au point de vue opératoire, un cas des plus intéressants et des plus difficiles. La Société vote des remerciements à M. le Dr Levett et à M. Barrié.

M. le Président cède ensuite son siège à M. le Secrétaire général et prend la parole pour communiquer à la Société un intéressant travail sur la diathèse urique.

M. Poinsot — Je viens, Messieurs, vous présenter ce qui à mon point de vue semble résumer cette grave et complexe question des accidents produits par cette diathèse sur la dentition en général. Ce sera, je l'espère, un moyen à l'aide duquel vous pourrez vous former une idée aussi exacte que possible de certains phénomènes pathologiques et établir enfin une efficace thérapeutique.

Si vous consultez vos ouvrages spéciaux vous constaterez qu'il n'est peu ou point parlé de l'acide urique comme cause de la plupart des affections graves qu'on rencontre communément dans la cavité buccale. Cependant, certaines affections rhumatismales ou goutteuses ont pour origine reconnue l'acide urique.

On pensait généralement que le lieu de prédilection pour l'élimination anormale de l'acide urique était les articulations, mais quant à croire à la possibilité de l'élimination de cet acide par la cavité buccale, nul n'y avait songé ou plutôt nul n'avait à sa disposition un mode de faire, pour reconnaître sa présence dans la salive.

En 1881, M. le Dr Boucheron présentait à l'Académie de médecine un moyen permettant de reconnaître la présence anormale de l'acide urique dans les sécrétions salivaires. On pouvait déjà à cette époque s'éclairer sur un côté de la question, il restait néanmoins à établir la relation qui existait entre cette cause présumée et les effets qu'on lui attribuait.

Le procédé du Dr Boucheron est le suivant : On fait cracher le malade dans une soucoupe, on évapore ensuite lentement au-dessus d'une lampe à alcool, puis on verse une très petite quantité d'acide nitrique ; on continue l'évaporation, puis enfin on passe au fond de la soucoupe une tige de bois légèrement trempé dans l'ammoniaque et on obtient un précipité rouge, révélateur de l'acide urique. En 1870 et 1875,

Gigot Suart, dans deux ouvrages importants, a étudié les effets de ce toxique, cliniquement et expérimentalement, mais à cette époque on ne connaissait pas le procédé du Dr Boucheron et on ne pouvait pas constater la présence de cet acide dans la bouche, on lui contesta ses conclusions, les preuves cliniques expérimentales ne suffisent pas.

Les travaux de Gigot Suart, de Vigla, ceux plus récents de MM. Cornil et Rauvier, Bouchard, etc , etc.; le moyen du Dr Boucheron et récemment les travaux de M. le Dr Aiguilhon, de Sarran, sur l'anatomie de la membrane alvéolo-dentaire ont jeté une vive lumière sur cette importante question.

De l'ensemble de ces travaux, nous nous sommes appliqués à faire quelques déductions dignes, je le pense, de fixer votre attention. Qu'est-ce que l'acide urique ?

L'acide urique est un produit azoté de la destruction de la matière azotée et le résultat d'une oxydation incomplète.

L'acide urique est peu soluble, mais sa solubilité est augmentée par la présence de phosphates tribasiques qui, livrant un équivalant de base à l'acide urique, donnent naissance à des urates plus solubles.

On a supposé que l'acide urique était fabriqué par la rate, par les tissus transformables en gélatine, par le foie, etc. Beucke attribue l'acide urique aux globules blancs et l'urée aux globules rouges. La production d'acide urique paraît être influencée par la nature des aliments. Lhemann obtient chez l'homme 1 gr. 40 d'acide avec le régime animal, 1 gr. seulement avec le régime végétal. Johannes Ranke 0 gr. 24 cent., tandis que le régime carné fournit 2 gr. 11.

On a aussi étudié l'influence des boissons, chez un individu qui ingère de 12 à 13 cents grammes d'eau par jour; Genth voit osciller l'acide urique de 0 gr. 52 à 0 gr. 71. Si l'on porte la quantité de boisson à 3,200 gr., il ne trouve plus que des traces, et enfin 5,500 gr. d'eau ingérée ne donnent plus de traces d'acide urique. La matière azotée n'a plus fourni d'acide parce qu'elle a été complètement transformée en urée, et les expériences de Genth et de Mosler prouvent que les boissons augmentent le chiffre de l'urée.

L'influence du travail musculaire paraît indiscutable, des

recherches ont établi que l'oisiveté est favorable à sa production tout autant que le travail excessif; cependant, dans ce dernier cas, l'acide urique cherché et trouvé par de savants auteurs est resté inférieur en chiffre à celui qui est réellement excrété, cela tient à la non analyse de toutes les secrétions contenant anormalement cet acide : secrétions salivaires, nasales, pharyngiennes, gastriques sudorales, utérines, et le sang menstruel. Tout trouble de la nutrition par ralentissement ou par exagération vicie les transformations protéïques; le résultat est l'augmentation de l'acide urique, la diminution de l'alcalinité des humeurs, la prédominence des acides qui empêcheront la fixation du phosphate de chaux dans les éléments anatomiques et qui enlèveront aux cellules la chaux et l'acide phosphorique, vous verrez aussi les os et les dents perdre une partie de leurs éléments minéraux.

Si l'acide urique détermine de si redoutables effets sur les tissus sains, à plus forte raison devons nous appréhender des désordres plus graves là où il existe une lésion; alors, nous assistons à la formation de véritables tophus ayant une grande prédilection pour toutes les articulations dont la richesse ligamenteuse est si considérable.

Dans ces tophus, l'acide urique se trouve à l'état d'urate acide de soude. Cet urate forme le tiers de la masse morbide, le reste est constitué par la substance fondamentale des tissus, par du chlorure de sodium, par des urates amorphes de chaux, de magnésie et d'ammoniaque. Si l'urate acide de soude est à l'état cristallisé dans les tophus, il est en partie dissout dans le liquide clair de l'exudat aigu, dans les poussées inflammatoires goutteuses. La cristallisation se fait surtout pendant la période de résorption, l'exudat forme alors une masse boueuse fluctuante, qui devient enfin solide, dure et crayeuse.

Si, quittant ces généralités, nous traitons la question plus spécialement au point de vue de la dentition, nous constatons qu'il n'y a rien de changé au point de vue de l'action de l'acide urique sur le système dentaire.

Anatomiquement, M. le D[r] Aguilhon, de Sarran, nous fournit des arguments pour rapprocher si intimement la membrane

alvéolo-dentaire des membranes ligamenteuses; d'autre part, l'étude de l'action de l'acide urique nous porte à entrer dans ses vues au sujet de cette membrane appelée jusqu'à ce jour périoste alvéolo-dentaire, et nous confirme dans notre manière d'envisager l'importante question de la diathèse urique.

Qu'importe la manière de devenir uricémique, que ce soit héréditairement ou par acquisition, on peut constater dans ces deux cas la présence de l'acide urique en excès dans le sang. Cet acide existe dans le sang pathologiquement, il peut s'accumuler lentement dans l'organisme, même dans de notables proportions sans déterminer d'accidents graves. Il n'est pas nécessaire que la masse du sang contienne la somme possible pour voir se produire de redoutables manifestations pathologiques.

Ces manifestations peuvent se produire à n'importe quel moment de l'intoxication, toutefois dans des formes variables d'intensité. Les excès vénériens provoquent l'accès, ils agissent en tant que choc nerveux, les excès de table, les travaux intellectuels excessifs, les idées ambitieuses exagérées, les violentes émotions quelle qu'en soit la nature et les traumatismes sont dans des conditions identiques et déterminent les mêmes effets. Le sang infecté d'acide urique irrite l'organisme en général et la membrane alvéolo-dentaire en particulier.

L'inflammation succède à l'irritation et détermine un arrêt de la circulation dans tous les tissus vasculaires et enfin la mort de ces tissus.

Il se produit autour de la membrane alvéolo-dentaire une suppuration souvent inappréciable au début, l'origine est au niveau de l apex de la racine infectée. Il semble parfois qu'une certaine tolérance se soit établie, on peut même un moment supposer une résorption, mais en définitif le mal ne fait que gagner en étendue et le symptôme douleur s'affaiblissant fait croire à cette hypothèse illusoire. En réalité, la membrane alvéolo-dentaire se résout en corps solubles, l'ostéite des maxillaires et du cément, dans ce cas précède la nécrose de ces tissus et il se produit alors une résorption osseuse possédant un pouvoir perforant des plus redoutables.

Il demeure entendu que la gravité de ces accidents en même temps que leur rapidité sont en rapport absolu avec les idiosyncrasies individuelles.

Parfois, la membrane alvéolo-dentaire, le cément, l'alvéole même ne subissent pas la résoption, ils continuent d'exister même privés de la circulation. La conservation de ces tissus est due à ce que leur eau de constitution s'évapore et se trouve remplacée par de la graisse. La graisse imprègne les tissus à mesure qu'ils se dessèchent et les conserve parce qu'elle empêche l'apport de l'oxygène et de l'eau, condition nécessaire à la putréfaction.

La graisse infiltrée donne aux tissus en général une translucidité typique des plus remarquables, cette translucidité peut même augmenter chez les phosphaturiques devenus diabétiques dans ce cas les dents sont très faibles par la perte qu'elles ont éprouvée de sels terreux éliminés ainsi que du phosphate de chaux, on peut dire alors qu'elles possèdent du verre, la transparence et la fragilité.

Parfois cependant, l'acide urique a pour effet de produire des accidents opposés à ceux que nous venons de décrire. L'acide urique peut à dose faible ne déterminer qu'une irritation au lieu d'une inflammation et amener de l'hypergenèse du cément de la membrane alvéolo-dentaire.

Dans une même bouche on trouvera parfois des dents affectées de ces deux altérations différentes, bien plus, sur une même dent à racines multiples, vous pourrez constater ce phénomène. En effet, l'acide urique, agissant de préférence sur une partie déjà lésionnée ou de faible résistance, produira ici une nécrose, tandis que là sur une même dent, à une racine plus résistante, on verra apparaître des phénomènes hypertrophiques souvent considérables. Les dents frappées d'accidents uricémiques deviennent sensibles et douloureuses, toutefois, la mastication, quoique pénible, est cependant possible jusqu'à ce qu'un traumatisme violent détermine une lésion de la membrane péri-dentaire, alors se produisent des phénomènes fluxionnaires, se terminant par suppuration. Cette suppuration peut se terminer par résolution ou bien déterminer l'ouverture spontanée du foyer fluctuant ou en nécessiter l'ouverture chirurgicale.

Les résorptions possèdent de nombreux inconvénients, particulièrement au point de vue dentaire. C'est dans ces circonstances que se produit cette masse boueuse, dont les produits solidifiables se durcissent et forment ces concrétions qu'on rencontre communément à l'extrémité de certaines racines des dents. Ces concrétions sont de colorations variées, les principes de leur constitution sont analogues à ceux qu'on rencontre dans les articulations avec une légère variante pour les dépôts noirâtres qui semblent contenir supplémentairement un sulfure de fer.

Certains phénomènes graves peuvent survenir par la suppression d'un émonctoire pathologique, ainsi, la cure d'hémorrhoïdes entraîne fréquemment de grands désordres, spécialement sur le système dentaire, lorsque celui-ci a subi l'action de la diathèse urique. L'exercice de certaines professions aggrave encore ces accidents : les ouvriers travaillant le mercure, le fer, le plomb, les acides, le cuivre, les produits chimiques, dans une atmosphère humide, surchauffée, chargée d'acide carbonique ou d'oxyde de carbone, le passage brusque du chaud au froid et enfin la plupart des professions dites libérales, ne nécessitant pas l'emploi de forces musculaires. Les moyens de reconnaître l'affection, sont nombreux et variés : au début de la diathèse, nous n'avons pour nous guider que l'hérédité à ajouter à l'analyse de la salive, plus tard vient se surajouter l'injection du bord gingival. Cette injection se généralisera par propagation de proche en proche, mais plus particulièrement là où il y aura lésion, soit par la présence d'une dent cariée ou ayant déjà été traitée, surtout par l'action de l'acide arsénieux. Certains traitements généraux, arsénicaux, mercuriels, etc., etc., ainsi que certaines intoxications professionnelles et thérapeutiques, avancent et aggravent ces poussées uricémiques.

Une dent extraite, l'examen de sa partie cémentaire peut aussi fournir une indication précise de cette affection.

La percussion nous fournit d'excellents renseignements, le choc rend un son s'éloignant du son clair, pour devenir plus sourd au fur et à mesure que s'aggrave l'affection. Le doigt qui reçoit le contre-coup perçoit certainement l'étendue de la

lésion en même temps que l'ébranlement plus ou moins accusé de la dent affectée.

A ces signes peuvent se joindre des saillies des muqueuses recouvrant certaines nodosités visibles à l'œil et que les doigts perçoivent très bien ; ces nodosités sont déterminées par des ostéophytes possédant des points de rapport avec ceux décrits par Herbelin. Ces nodosites sont dues à l'acide urique, mais souvent aussi nous constatons que d'autres diathèses s'ajoutent à la première, et il paraît difficile de préciser si l'on doit accuser le diabète, l'albuminerie ou la syphilis, plutôt que là diathèse urique, et laquelle de ces diathèses doit entrer la première en ligne.

Les dents peuvent être frappées également, mais celles qui sont le plus communément affectées, sont celles qui possèdent des lésions organiques ou pathologiques.

Exemples : L'éruption vicieuse d'une dent de sagesse peut déterminer une lésion de la membrane péri-dentaire non seulement de cette dent mais aussi de la même membrane de la deuxième molaire ainsi que du périoste du maxillaire.

Au point de vue du traumatisme les grosses molaires qui subissent le plus grand effort dans l'acte de la mastication sont les premières exposées ensuite ; viennent les incisives centrales puis les latérales. Les canines sont avec les petites molaires les dents qui résistent le mieux. Ceci s'applique aux dents régulièrement placées dans leur alvéole, mais les dents affectées d'anomalie de position ainsi que celles privées de leurs antagonistes sont généralement plus affectées que toutes les autres.

La présence dans la bouche d'appareils de prothèse défectueux ainsi qu'une tentative de redressement de dents chez un sujet prédisposé et d'un âge avancé impriment aux dents certaines poussées de déplacement et favorisent les accidents de l'uricemie.

Dans maintes circonstances, lorsque vous serez consulté par des malades, possédant certains de ces symptômes, vous pourrez en cherchant la cause finale de la poussée douloureuse rencontrer souvent un excès de table ou de boisson, des excès vénériens ou l'action du froid, surtout du froid humide plus particulièrement aux changements de saisons.

Chez les arthritiques, les goutteux, les rhumatisants, les graveleux, les phosphaté-uriques les diabétiques et les albuminuriques, suivant le degré des diathèses, on doit être plus ou moins, mais toujours sobres d'opérations sanglantes, et lorsque cette solution est seule possible il convient de prendre certaines précautions indispensables. Souvent même lorsque l'affection est ancienne et généralisée il faut s'abstenir, absolument sinon on expose son malade ou à une mort prématurée ou à la production de phénomènes pathologiques graves pouvant avoir la même terminaison fatale. Ces phénomènes peuvent-être de plusieurs ordres : la fluxion, l'abcès, le phlegmon, dans ses variétés les plus dangereuses, la gangrène, tous les accidents de la septicémie, la névrose, le tétanos, certaines paralysies, etc., etc.

Ce qui donne à réfléchir sur les opérations graves chez nos malades c'est qu'il arrive fréquemment que des accidents spéciaux apparaissent consécutivement à ces opérations avec des analogies frappantes aux accidents qu'on constate chez les cancéreux. L'opération détermine des troubles réflexes sérieux, il semble qu'un coup de fouet est donné par l'ablation de la principale ou d'une des principales manifestations pathologiques, alors il se forme un nouvel équilibre le virus diathésique ayant un élément nouveau.

Il conviendrait pour établir une radicale thérapeutique de faire précéder les opérations urgentes et indispensables d'un traitement dépuratif énergique et de n'opérer que le plus tard possible. Il conviendrait également d'écarter ou tout au moins de diminuer les causes ayant déterminé la maladie.

Le traitement sera prescrit par le médecin du malade. C'est en cette circonstance, Messieurs, que l'alliance du médecin et du dentiste est indispensable. En effet, très souvent, le dentiste spécialiste, par ses observations quotidiennes d'affections multiples et variées de la bouche, peut diagnostiquer avec précision certaines diathèses encore inconnues pour le médecin.

Exemples : M. G. 44 ans, professeur d'une grande école militaire, en possession de solides connaissances médicales vint nous trouver pour faire extraire une dent de sagesse de

la mâchoire inférieure, cette dent était obturée depuis cinq ans, nous diagnostiquâmes par l'examen de la racine une affection uricémique dont M. G. s'étonna attendu qu'il n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme diathésique. Eh bien Messieurs ! un mois après mon client était frappé d'une vive et douloureuse poussée goutteuse qui aurait pu paraître incompréhensible si la dent extraite n'avait jeté une vive lumière sur le diagnostic.

Sans aucun doute il existe entre le médecin et le dentiste peu ou point de rapports, et c'est dommage. Le médecin et le dentiste devraient s'unir pour le plus grand bien de leurs malades. En effet, que d'observations intéressantes perdues pour le médecin qui les ignore, n'étant pas à même de les constater et la plupart du temps les dentistes éloignés des études médicales n'en soupçonnent même pas l'importance.

Si parfois un médecin reçoit la confidence d'un dentiste sur un fait curieux et rare, il dit à ce dernier : « Montrez-moi cinquante cas identiques et après je les étudierai, mais pour quelques cas, cela n'en vaut pas la peine ; » ce mode de faire a déjà découragé bon nombre de nos confrères.

Avant la fondation de cette Ecole, de notre Clinique, de notre Société, il était impossible à un praticien de grouper une aussi grande quantité de cas à lui seul.

Maintenant que nous sommes groupés, il serait à désirer que nos diplômés et nos confrères soient admis à faire partie des Sociétés médicales avec les mêmes largeurs de vue que nous recevons les médecins dans nos Sociétés professionnelles, j'ai la ferme conviction que nous paierions honorablement cette faveur par le concours sérieux que nous apporterions aux discussions touchant notre spécialité, de même que les discussions scientifiques générales seraient pour nous d'un grand intérêt.

Exemples : M......., conseiller municipal de la ville de Paris vint nous trouver souffrant de la bouche, l'examen des dents et des gencives nous démontra l'existence de diathèses graves ; l'uricémie était grandement représentée à côté du diabète phosphatique. L'état général nous parut des plus

graves et le pronostic des plus fâcheux, nous nous contentâmes d'une médication palliative tout en informant la famille de nos craintes. Le médecin de la famille voulut envoyer M....... chez un dentiste américain, persuadé que ce dernier débarrasserait le malade des causes présumées de ses souffrances. M....... ayant grande confiance en nos soins n'alla pas chez notre confrère étranger qui, selon toute probabilité, aurait suivi la même règle de prudence que la nôtre, sinon il aurait avancé de deux mois et demi la mort qui arriva malgré les soins les plus éclairés.

Un autre exemple : M.. .. vint nous trouver parce qu'à la suite d'une extraction de racines des plus faciles, faite par lui-même avec son doigt et terminée par un de nos confrères, il s'était produit une hémorrhagie de peu d'importance en intensité, mais persistante depuis une douzaine de jours. Grâce à une thérapeutique appropriée nous eûmes enfin raison des accidents. Cependant nous engageâmes le malade à donner à un de ses amis, médecin des hôpitaux, le résultat de l'analyse de ses urines qui furent trouvées contenir de l'albumine et de l'acide urique en excès. Un traitement général fut prescrit, mais il était déjà trop tard, notre malade mourut 3 mois 1/2 après.

Nous devons nous mettre en garde contre certaines analyses, à quelques jours de distance, les résultats peuvent être fort différents, même dans des mains aussi honnêtes que savantes. Il convient donc de multiplier les analyses jusqu'à ce que l'on trouve le corps du délit.

Le traitement général consiste en alcalins, dépuratifs, diurétiques et le soufre, préféremment le colchique, le café vert, le silicate de soude soluble, les eaux bicarbonatées sodiques Vichy, Vals, Cauterets. Ces dernières principalement se recommandent par leurs qualités spéciales, elles sont silicatées et sulfureuses.

Le café vert s'emploie en macération dans les proportions suivantes :

Café vert,	25 gr.
Eau froide,	250 gr.

Une préparation de vin de colchique, recommandée par

Gigot-Suart, doit également fixer l'attention. Ce vin, préparé par Fournier, contient du vin de colchique, et du café cru. La dose est de deux cuillerées par jour pendant des mois. Chaque cuillerée contient les principes actifs de 3 grammes de café vert et de 1 gramme de bulbe de colchique.

Une autre préparation non moins importante :

Pillules de silicate de soude à 10 centigrammes, en moyenne 8 par jour, suffisent pour régulariser les fonctions digestives et éliminer les principes excrémentiels. Enfin les phosphates de chaux comme reconstituants.

Localement, les badigeonnages de teinture d'iode, fraîchement préparée et parfois associée à la teinture d'aconit seront prescrits. Des pointes de feu, principalement sur les nodosités et sur les points abcédés, donneront aussi d'excellents résultats. Des lavages phéniqués et aussi une solution de chlorure de zinc au centième seront conseillés.

Pendant les poussées inflammatoires, on emploiera les diurétiques, et on évitera scrupuleusement tout ce qui aura contribué à produire et à aggraver l'affection.

Prothétiquement, si vous êtes appelé à intervenir, vous éviterez de confectionner des appareils prenant point d'appui sur des dents frappées de cette maladie, par des serrements, par des pivots, vous ne compterez que sur l'ajustement excessif de vos appareils que vous confectionnerez sur des moulages au plâtre. Il y a quelques jours, fidèle à ce principe, je posai un appareil de deux dents nécessitant le recouvrement entier de tout le palais.

Si vous êtes appelé à obturer des dents cariées chez des diathésiques, vous éviterez des aurifications par l'or adhésif, ainsi que toutes celles nécessitant de grandes pressions, vous donnerez la préférence dans ces cas aux substances plastiques : amalgames, ciments et composés divers de gutta-percha.

Vous pourrez aussi appuyer la judicieuse réclamation formulée par M. Galippe dans maints écrits, de remplacer le pain blanc qu'on livre à la consommation par du pain, moins perfectionné, contenant plus de son. En effet, des auteurs sérieux affirment que le pain noir brûle et facilite la combustion de l'acide urique. Les alcools, le vin, les boissons fermentées

seront peu et même point employés ; il en est de même du thé et du café brûlé. La marche et les exercices, sans aller jusqu'à l'extrême fatigue, seront prescrits. Les voitures et les chemins de fer avec leurs trépidations, n'aggraveront plus ainsi l'intensité de l'affection urique. Enfin, et pour terminer, il convient de prescrire une poudre dentifrice tonique et renfermant du bi-carbonate de soude. Voici une formule que je recommande :

Craie précipitée . . .	10 grammes.
Poivre Cubèbe . . .	a a 5 grammes.
Bi-carbonate de soude .	
Essence de Menthe . .	Q. S. pour aromatiser.

OBSERVATIONS.

Observation Première. — Madame X. vint nous consulter pour sa fille, 12 ans environ. Les premières grosses molaires étaient érodées et cariées au deuxième et troisième degrés. Nous instituâmes un traitement pour chaque cas, mais notre attention fut attirée par un dépôt de tartre rouge orangé au collet des dents au-dessus du bord de la gencive. Cette jeune fille, d'un tempérament anémique, lymphatico-nerveux, jouissait cependant de tous les privilèges que donne la fortune. Son père, pharmacien, retiré des affaires, n'avait qu'une ambition : celle de satisfaire aux besoins réels ou imaginaires de son unique enfant.

De l'examen approfondi que nous fîmes des muqueuses buccales, de l'état des dents, de l'ensemble de ce qui nous fut possible d'observer, nous conclûmes, d'accord avec une intention qui fait rarement défaut à ceux qui observent beaucoup, que cette jeune fille était sous l'influence d'une diathèse urique et que, ce que nous avions observé, n'était que des phénomènes prodromiques d'une affection ultérieure beaucoup plus grave et pouvant après de longues années se terminer par le diabète ou l'albuminerie. Je priai M. X. de vouloir bien me rendre visite et dans la conversation que nous eûmes, j'appris que Madame X. était très anémique, qu'ellé même ingérait et faisait ingérer aux siens, des mets de viandes succulentes que de bons vins succédaient et qu'il était fait peu ou point d'exercice corporel, qu'enfin, l'étude, quoique moderne, suffisait pour augmenter les causes prédisposantes à notre affection.

Je déclarai à Monsieur X., nos craintes et le priai de vouloir bien analyser la salive de sa fille afin d'y constater la présence anormale de l'acide urique. Trois jours après le père venait me remercier et me montrer la réaction révélatrice. Un traitement général fut institué et nul doute que le résultat ne soit des plus fructueux.

Observation II. M. H., 58 ans environ, vint nous trouver pour nous prier de lui donner nos soins. M. H. souffre beaucoup de tout un côté de la mâchoire, à l'examen nous constatons la coloration jaune des dents ainsi que leur déchaussement, et enfin leur mobilité dans un corps alvéolaire peu résistant, recouvert d'une muqueuse fortement congestionnée.

Les altérations superficielles de l'émail, de l'ivoire et du cément ; l'injection de la gencive n'expliquant pas la douleur perçue, nous pûmes diagnostiquer une poussée inflammatoire, goutteuse, provoquée par un insaltus quelconque et nous demandâmes à notre malade si la cause ne pouvait être attribuée à un petit excès de table par exemple.

Il nous fut répondu, qu'en effet, il avait du servir de parrain à l'enfant de sa fille et qu'en cette circonstance il s'était montré digne de ses qualités de grand-père et de parrain. Nous instituâmes un traitement général et local, qui en peu de jours amena un cas relatif, mais la guérison sera lente et je crois qu'en semblable occurrence, M. H. se montrera plus réservé à table.

Observation III. — M. C. colonel en retraite, vient nous demander nos soins. L'uricémie a fait de grands ravages chez lui principalement du côté du système dentaire. Déchaussement des dents, injections caractéristiques des gencives, suintement muco-purulent de la gencive a intensité variable. Par rapport aux dents affectées. Doué d'un grand caractère, M. C. d'une constitution des plus robustes a dû certainement éprouver un choc terrible pendant la dernière guerre franco-allemande. Ses efforts, ses travaux, ses désespoirs, la faim, le froid, la fatigue, il y a plus qu'il n'en faut pour établir l'étiologie de l'uricemée.

Cet état général était du reste bien connu de notre malade, car chaque fois qu'il lui était donné de constater la présence d'une phosphaturée quelconque, immédiatement il avait recours à l'action bienfaisante de la turquette et lorsqu'il en décessait l'emploi, le mal étant amoindri il ne tardait pas a sentir la nécessité de recourir a un nouvel emploi.

Si la maladie diathésique n'était pas guérie, elle était au moins enrayée, c'était un petit résultat.

La turquette est une plante à fleurs bleues poussant dans le sable, nul doute qu'elle ne renferme des principes contenus dans la composition du terrain où elle prend naissance entre autres principes je signalerai les silicates de soude et de potasse.

Depuis quelques années, le monde médical prescrit une plante peu connue en France et dont l'emploi s'est généralisé grâce aux travaux et a l'infatigable opiniâtreté de M. Ferdinand Vigier notre sympathique pharmacien, je veux parler de l'arenaria rubra. Cette plante possède a plus d'un titre, les qualités requises pour combattre les manifestations uricémiques.

Grâce au traitement général et aussi a un traitement local qui a consisté en un lavage bi-mensuel d'abord, puis mensuel seulement avec une solution de chlorure de zinc ou plutôt en une irrigation des parties envahies par le pus; nous vîmes l'état de la bouche devenir de plus en plus satisfaisant, nous croyons cependant ne pas devoir désarmer, car notre uricémie étant grave, nous sommes toujours menacé de la voir réappa-paraître, si un insaltus nouveau se produisait.

Observation IV. — Madame vint nous consulter malgré elle, son mari s'étant bien trouvé de nos soins, désire que son épouse soit guérie de ses douleurs buccales. L'examen de la bouche n'offre rien du côté du système dentaire, les dents sont un peu déchaussées, mais elles possèdent une coloration normale quoique la teinte soit un peu billeuse.

Les muqueuses sont rouges et enflammées. Il existe sur la gencive

recouvrant la partie interne et linguale du maxillaire inférieur deux petites nodosités, presque symétriques situées au niveau des premières molaires. Nous diagnostiquâmes sans hésiter, une poussée uricémique buccale, n'ayant rien à prescrire localement qui ne soit du domaine de la médecine pure, nous eûmes avec le médecin de la famille une entrevue où fut institué un traitement rationnel.

M. Poinsot présente ensuite à la Société diverses dents dont les unes ont les racines résorbées, d'autres ont les racines opaques, d'autres enfin offrent à considérer des concrétions assez résistantes. M. Poinsot présente également quelques cas de régression graisseuse, plus un malade diabétique. La Société examine ces différents spécimens et une discussion s'engage.

M. Godon demande si M. Poinsot rattache les cas de résorptions présentés dans la dernière séance à la diathèse urique.

M. Poinsot. Oui.

M. Vigier conteste la valeur de l'analyse de la salive seule comme base d'un diagnostic. Il insiste sur la nécessité de rechercher l'acide urique dans les urines, dans la salive et dans le sang.

M. Dubois. Les recherches intéressantes que vient de nous exposer M. Poinsot, sont dans un ordre d'idées tout à fait nouveau, et nous ne pouvons pas discuter les conclusions d'un travail aussi important sans préparation. Le travail de contrôle se fera par des observations ultérieures. M. Poinsot n'aurait-il fait que d'attirer notre attention sur une classe de phénomènes qui, jusqu'ici, n'avait guère été indiqués, que cela serait encore un grand service pour la science Odontologique. Malgré cela, vous me permettrez de présenter de suite quelques objections.

M. Poinsot nous dit que la résorption des racines est dûe à l'uricemie. Je répondrai : pas toujours. M. Godon nous a présenté un cas de résorption des racines ; et bien, l'analyse des urines a été faite, et on n'a pas trouvé trace d'acide urique. Je puis inférer que si on n'en a pas trouvé dans l'urine, on en aurait encore moins trouvé dans la salive. Et pourtant, la résorption était étendue. Dans l'énumération des altérations que M. Poinsot attribue à l'acide urique, je

reconnais des affections souvent observées par nous et ayant des analogies avec l'ostéo-périostite, et il est évident que nous avons observé ces altérations chez d'autres que les uricémiques.

L'acide urique agit-il dans la cavité buccale comme altérant local ? ou ses effets morbides sont-ils dus à l'état général que sa présence décèle ? Cette dernière hypothèse me semble la plus probable. L'individu produisant en quantité anormale de l'acide urique est un individu aux tissus mal nourris, et nous pouvons admettre que le système dentaire en est particulièrement influencé. Mais alors, les altérations n'ont pas ce caractère spécifique que M. Poinsot signale. M. le Dr David a montré que dans l'ataxie locomotrice, la chute précoce des dents est presque la règle. Nous savons que dans certaines dyscrasies, les mêmes phénomènes s'observent : ainsi dans le diabète, l'albuminurie, etc., etc. Donc, je ne nie pas les désordres causés par l'uricémie, mais je pense qu'on doit les trouver analogues à ceux que l'on constate dans tout état général amenant une dénutrition.

M. Poinsot. D'après les nouvelles recherches du Dr Aguilhon de Sarran, la similitude entre le périoste et le ligament est établie, d'autre part les produits sont les mêmes (tophus). Ainsi au point de vue anatomique, tissu de même nature.

Au point de vue pathologique exudat de même nature.

Plus un individu est intoxiqué, plus il y a lieu d'être prudent et de lui éviter les opérations. Sous leur action, en effet, il se produit une poussée qui peut avoir les conséquences les plus désastreuses.

M. Heidé demande s'il y a douleur.

M. Poinsot. Oui.

M. Godon. Chez tous les diabétiques y a-t-il altération ?

M. Poinsot. Oui, visible ou profonde.

M. Vigier. Partage l'opinion de M. Poinsot, mais croit avec M. Dubois qu'il n'y a pas toujours de l'acide urique dans la salive alors qu'il y a des lésions semblables à celles qui viennent d'être indiquées, il appuie sur l'utilité en pareils cas d'analyses diverses et complètes se met à la disposition de la Société.

La Société remercie M. Poinsot de son intéressante communication et M. Vigier de sa bienveillance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire Général,
G. BLOCMAN, D. E. D. P. ; M. D.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

23, RUE RICHER, 23

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du 6 mai 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

Le Conseil décide qu'une réunion des chefs de Clinique et des Démonstrateurs aura lieu afin de prendre des mesures pour la bonne direction de la Clinique. Inscriptions d'Elèves.

M. Joosef, dentiste d'Autriche, adresse à l'Ecole une souscription de 100 fr. Remerciements.

MM. Wirth et Poirier sont nommés membres actifs de l'Association Générale des Dentistes de France, et M. Picard, de Paris, est nommé membre honoraire en reconnaissance des services rendus à la profession et à l'Ecole.

Le Règlement intérieur du Journal l'*Odontologie* est discuté article par article et adopté conformément aux conclusions du rapport du Comité de Rédaction et d'Administration dudit Journal.

M. P. Dubois est nommé Directeur-Gérant.

Après diverses autres mesures administratives, la séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

Séance du 24 juin 1884

M. Picard, de Paris, remercie le Conseil de Direction de sa nomination comme membre honoraire de la Société.

M. Lehman, de Laval, et M. Whiting, de Levallois-Perret, sollicitent l'honneur de faire partie de la Société.

Ces demandes sont renvoyés à la séance suivante pour statuer.

Un anonyme envoie pour la Caisse de prévoyance la somme de 100 fr.

M. Lapierre envoie pour l'Ecole un don de 100 fr.

M. le Dr Decoudin, également 100 fr.

Un deuxième anonyme, un don de 1,000 fr. en nature.

Des remerciements sont adressés aux généreux donateurs.

Inscriptions d'Elèves. Demandes d'inscriptions pour l'examen d'octobre.

M. Poinsot demande qu'il soit adressé une lettre au préfet de la Seine pour l'informer que l'Ecole est à la disposition de la ville de Paris pour soigner les enfants des écoles communales.

Le Secrétaire général annonce que M. le Dr Decaudin, ayant donné sa démission de Professeur de l'Institut Odontotechnique, le bureau du Conseil propose, après avis favorable du Corps Enseignant, sa nomination comme Professeur de Dissection et d'Anatomie Dentaire à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. le Dr Prengrueber, nouvellement nommé chirurgien des Hôpitaux, devenant professeur d'anatomie topographique de la bouche et des parties avoisinantes, (applications à la pathologie.)

La proposition est adoptée à l'unanimité

Le Conseil vote des remerciements à M. G. Blocman, pour le dévouement qu'il a apporté pendant l'année scolaire 1883-84, comme professeur suppléant du Dr Prengrueber et le nomme professeur suppléant des cours d'anatomie.

Diverses mesures d'administration, et quelques crédits sont votés et la séance est levée à onze heures et demie.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

Séance du Mardi 29 Juillet 1884.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté après une observation de M. Blocman, qui, tout en remerciant le Conseil de sa nomination comme professeur suppléant des cours d'anatomie, se voit obligé de ne pas accepter, ne se trouvant pas suffisamment préparé, et cette suppléance n'étant pas nécessaire en ce moment ; malgré cela il se tient à la disposition de l'Ecole lorsque son concours sera utile.

Le Secrétaire donne lecture de la correspondance.

M. G. Audy, de Compiègne, envoie à l'Ecole une troisième souscription de cent francs afin, quoique absent, de contribuer à son développement.

M. Fayoux, nouveau diplômé, désirant exprimer sa reconnaissance à l'Ecole Dentaire, pour l'enseignement qu'il a reçu, adresse une souscription de 300 francs.

M. Gardenat offre une quatrième souscription de 100 francs.

M. Blocman offre la somme de 100 francs, résultant de l'indemnité que lui ont versé les élèves auxquels il a donné des répétitions d'anatomie, plus la somme de 125 francs, représentant un trimestre d'indemnité comme professeur suppléant.

Mme Lafforgue envoie également un don de 600 dents minérales.

Des remerciements sont adressés aux généreux donateurs.

M. Ronnet donne lecture du rapport de la Commission sur les examens de la session de Juillet 1884, dont nous extrayons les passages suivants :

« La Commission des examens croit devoir attirer votre attention sur les

« résultats obtenus cette année ; elle est heureuse d'être l'interprète de la « satisfaction unanime des professeurs qui ont été chargés de faire subir les « examens à la session de Juillet 1884.

« Tous ont constaté avec plaisir que les élèves avaient bien et sérieuse- « ment travaillé pour acquérir la somme des connaissances qui leur sont « nécessaires pour en faire des praticiens habiles et instruits.

« Aussi la plupart des élèves ont dépassé la moyenne ordinaire et certains « se sont élevés bien au-delà.

« Cet heureux résultat est dû principalement au dévouement et au zèle « des professeurs chargés des divers cours ; la Commission saisit cette « occasion pour prier le Conseil de les en féliciter.

« Grâce à cet ensemble d'efforts des professeurs et des élèves, nous « pourrons atteindre notre but : le relèvement du niveau scientifique et « pratique du dentiste en France.

« Il nous faut cependant constater que plusieurs étudiants, moins « heureux que leurs camarades et par suite des réelles difficultés à sur- « monter, écon thoué; la Commission, tout en regrettant d'avoir à vous « proposer leur ajournement, a le ferme espoir qu'ils vont redoubler « d'ardeur, de facon à donner entière satisfaction lorsqu'ils se présenteront « à nouveau.

« D'autres ne se sont pas présentés, ne se sentant pas suffisamment pré- « parés; ils ont préféré employer le trimestre des vacances à se perfection- « ner afin de passer plus brillamment à la session d'octobre ; nous ne pou- « vons que les encourager.

« En conséquence, la Commission vous propose d'accorder le diplôme « de l'Ecole Dentaire de Paris à :

MM. Regnart,	ayant obtenu	88	points	1/2.
Cotte,	»	80	»	3/4.
Pigis,	»	80	»	1/4.
Bugnot, de Rouen	»	78	»	1/2.
Fayoux,	»	78	»	
Connort,	»	75	»	
Carroué,	»	70	»	
Saumur,	»	62	»	

« Le maximum étant de 96 points et le minimum de 50.

« La Commission propose également d'accorder le diplôme au Dr Dupas, « qui, dispensé de plusieurs épreuves théoriques, a subi toutes les autres « avec succès.

« La Commission propose également d'admettre à suivre les cours de « 2e année pour l'année scolaire 1884-1885 les étudiants de 1re année :

Mlle Busquet,	ayant obtenu	31	points	1/2.	
M. Eilerstsen,	»	31	»	1/2.	
M. Barrié,	»	31	»		
M. Trallero,	»	30	»		
Mme Chauvin,	»	29	»	3/4.	
M. Lefèvre,	»	28	»	3/4.	
M. Quiroga,	»	27	»	1/2.	Cazeaux.
M. Salblayrolles,	»	23	»	1/2.	Dufour.

« Le maximum étant de 36 points et le minimum de 20 points.

« La Commission propose d'admettre à suivre les cours de 1re année pen- « dant l'année scolaire 1884-1885 : »

MM. Hénon, Jactel et Bertaux, qui ont subis avec succès les examens du cours de préparatoire.

Les conclusions de la Commission des examens sont adoptés à l'unanimité.

Il est décidé qu'il sera accordé, conformément au règlement, une médaille de vermeil à M. Regnart, et une médaille de bronze à M. Cotte.

Le Conseil décide, sur la proposition du bureau, qu'un concours aura lieu à l'Ecole Dentaire au mois d'octobre pour la nomination d'un chef de laboratoire de prothèse pour l'année scolaire 1884-1885.

Ce concours se composera d'un appareil exécuté en loge, d'un programme écrit du cours de prothèse, et d'une leçon orale sur une question tirée au sort.

Une commission de trois membres, composée de MM. Gardenat, Poinsot et Viau est chargée de l'organisation du concours ainsi que de la préparation du programme et de ses conditions.

Un concours est également décidé pour la nomination d'un professeur suppléant du cours de Pathologie Spéciale.

Il est nommé une commission chargée de l'élaboration du programme et des conditions de ce concours. Elle est composée du Dr Aubeau, du Dr David et du Dr Thomas.

La date de ce concours est fixée au mois de décembre.

Des remerciements sont votés à M. Potel pour le dévouement qu'il a mis à organiser le cours pratique de prothèse pendant l'année écoulée.

Il est décidé qu'à l'avenir des concours seront organisés, autant que possible, pour tous les postes de l'Ecole.

Le Conseil vote différents crédits, adopte diverses mesures administratives, et la séance est levée à onze heures 1/2

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

CONCOURS

Un concours aura lieu à l'Ecole Dentaire de Paris le jeudi 23 octobre 1884, pour la nomination d'un chef de laboratoire de prothèse.

Un concours aura également lieu pour la nomination d'un professeur suppléant du cours de pathologie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris; ce concours se fera au mois de Décembre.

Tous les dentistes peuvent prendre part à ce concours. Pour les conditions, écrire au Secrétaire général, M. Godon, 72, Boulevard Haussmann.

Toute idée libérale ne tarde pas à fructifier. L'École dentaire de Paris est devenue un centre d'où rayonnent les entreprises généreuses.

Nous apprenons avec plaisir que l'un de nos plus honorables confrères, M. Deville, ex-vice-président du cercle des Dentistes, membre bienfaiteur de l'Ecole, membre correspondant de la Société d'Odontologie de France, est sur le point d'ouvrir à Saint-Servan, près de Saint-Malo, une clinique dentaire gratuite pour la classe pauvre de la localité.

M. Deville après avoir exercé à Paris pendant vingt-trois ans, trouve encore assez de force et d'énergie pour se rendre utile à ses semblables.

Nous ne saurions que l'encourager à persévérer dans cette voie.

D'autre part deux diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris se proposent d'ouvrir dans une ville de l'Ouest une clinique gratuite pour les malheureux, nous en parlerons ultérieurement.

Nous annoncions dernièrement que l'un de nos diplômés, M. Bugnot de Rouen, venait d'être nommé dentiste du Dispensaire de cette ville.

On le voit la semence est tombée dans un terrain fertile. Nous sommes persuadés que nos confrères de province ne tarderont pas à suivre ces bons exemples.

M. le Dr Charles Holz. D. D. S. from Philadelphia, vient de donner sa démission de professeur de dentisterie opératoire à l'*Institut Odontothecnique de France* (?)

Le mois dernier c'était le professeur d'Anatomie dentaire, le Dr Decaudin qui partait; aujourd'hui, c'est le professeur le plus important ; le plus nécessaire; celui qui vient tous les matins pour diriger les étudiants, — qui au bout de six mois de fonction démissionne.

25723. — Amiens. Imp. T. Jeunet.

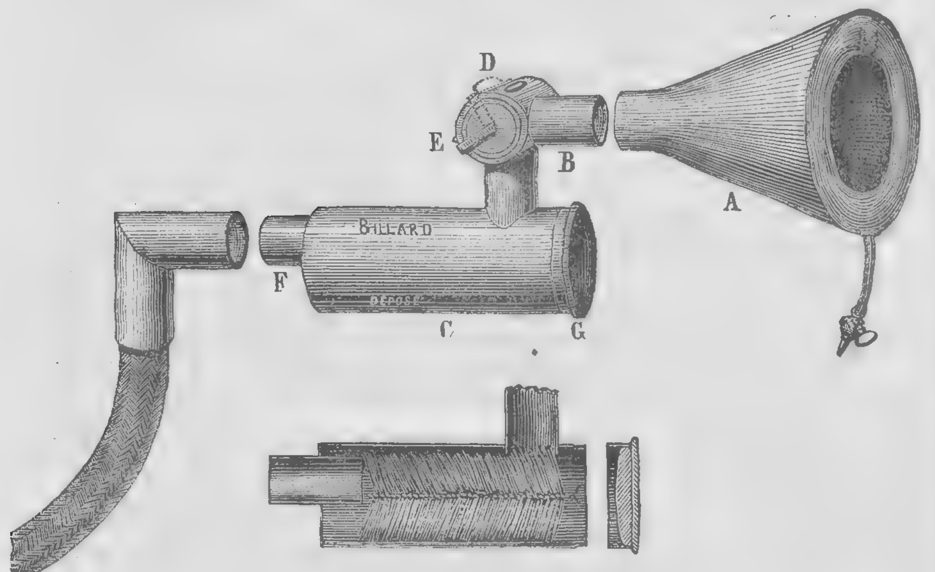
Maison E. BILLARD Fils, 4, passage Choiseul, à PARIS

Le Nouveau Clamps de **M. Barbe** sera sous peu en vente chez **H. Billard** et chez tous les fournisseurs.

NOUVEAU PURIFICATEUR ÉCONOMIQUE

POUR L'EMPLOI DU PROTOXYDE D'AZOTE

Modèle déposé de A. HEYMEN-BILLARD



M'étant beaucoup occupé des appareils pour le protoxyde d'azote, j'ai voulu vulgariser son emploi dans la profession et permettre à MM. les Dentistes de l'employer plus souvent en raison du prix peu coûteux d'une anesthésie.

Voici en quelques mots l'application de l'appareil ci-dessus :

Tremper la brosse en crin contenu dans le cylindre C C dans un lait de chaux épais remplir le sac de gaz, puis faire respirer. Le gaz aspiré, au lieu d'être perdu comme avec les anciennes embouchures, retourne dans le ballon et se purifie sur la chaux c'est-à-dire que l'acide carbonique s'y dépose.

L'appareil ci-dessus peut s'adapter à tous les appareils de Barth ou autres et donne une économie de cent pour cent. *C'est-à-dire qu'au lieu de faire quatorze à seize anesthésies avec une bouteille de quatre cents litres, avec ce purificateur on peut en faire environ vingt-quatre à vingt-huit ; le double avantage de cet appareil pour l'opérateur c'est qu'il n'a plus besoin de s'occuper de remettre du gaz dans le ballon; un seul suffit pour une anesthésie.*

N. B. — Pour plus de renseignements, lire l'article du Docteur Aubeau, l'*Odontologie*, n° de septembre 1883. Envoyé franco contre 0 fr. 85.

Prix du Purificateur, intérieur garni gutta-percha : 50 fr.

M. Heymen-Billard *se tient à la disposition de MM. les Dentistes (de 2 heures à 9 heures du soir) qui désireraient prendre connaissance de l'appareil ci-dessus, et au besoin se rendrait à domicile le matin avant midi, sur rendez-vous donné quarante-huit heures à l'avance.*

Le Magasin est ouvert de 8 heures du matin à 9 heures du soir.

Lés Marchandises sont expédiées le jour de la réception de l'ordre, par grande vitesse, à moins d'avis contraire.

CE PURIFICATEUR EST EMPLOYÉ A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

LE NOUVEAU CATALOGUE 1883-1884, illustré de 253 figures, est envoyé franco à toute personne qui en fait la demande. (Affranchir).

VOL. 4. **Paris, 1er Septembre 1884** N° 9.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR SEPTEMBRE 1884.

DE L'HYGIÈNE DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS.

Leçon de M. le docteur Th. David, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Chez les enfants, la dentition doit être soumise à une surveillance pour ainsi dire continue, dans le but de favoriser l'éruption et l'arrangement des dents, aussi bien que de prévenir et de traiter leur carie. On conçoit donc qu'en pareil cas les attributions du dentiste doivent aller de pair avec celles du médecin dans les prescriptions concernant l'hygiène dentaire et avec celles de la seule personne qui puisse exercer sur l'enfant cette surveillance continue que nous considérons comme indispensable, c'est-à-dire la *Mère.*

La mère devra donc porter un soin tout particulier à la dentition de son enfant et on ne saurait trop insister sur cette recommandation. L'influence, bien connue aujourd'hui, qu'exerce l'état constitutionnel sur le développement des dents, nous enseigne qu'aucun organe ne saurait, comme les dents, nous faire apprécier les progrès de l'évolution générale de l'être humain. C'est d'après leur poussée plus ou moins régulière, précoce ou tardive, que l'on peut souvent préjuger de la bonne constitution, du développement normal et de la force physique de l'enfant.

D'autre part, les dents ne sont-elles pas des organes essentiels à la digestion, partant à la nutrition ? A cet autre titre

elles méritent donc encore toute notre attention, et nous devons nous efforcer de les conserver à l'enfant plus soigneusement même qu'à l'adulte. Chez celui-là, en effet, la nutrition préside non seulement à l'entretien, mais encore au développement de l'individu.

Nous montrerons encore plus loin, combien la conservation des premières dents importe à l'arrangement régulier des dents définitives.

Pour mieux faire ressortir les soins que nécessitent les dents de l'enfant, nous allons d'abord étudier sommairement ces dernières au point de vue de leur développement.

Ces organes se forment au sein des mâchoires bien longtemps avant qu'on ne les voie apparaître sur la gencive.

PREMIÈRE DENTITION.

Les premières dents, autrement dites *dent de lait*, *dents temporaires*, constituent la première dentition; elles se forment dès le deuxième mois de la vie intra-utérine. Leur formation débute par la couronne et s'effectue par segments successifs du bord libre au collet. Après la couronne, les racines se dessinent à leur tour, faisant suite au collet. Dans leur allongement progressif, elles sont comme arrêtées dans la profondeur de l'alvéole et repoussées par le plan osseux, ce qui a pour effet de faire remonter, au fur et à mesure, la couronne hors de l'alvéole et de la gencive. C'est par ce mécanisme que les dents sortent de la profondeur des mâchoires, et viennent prendre leur place dans la rangée normale, en étant repoussées progressivement jusqu'à ce que les racines aient atteint leur complet développement. Tel est le processus physiologique de l'éruption dentaire.

En général, les gens du monde ne font commencer qu'au moment de l'éruption les phénomènes de la dentition. Mais par ce que nous venons de voir, ces phénomènes touchent déjà au contraire à leur fin.

Lorsque la dent perce, elle est toute formée sur la couronne et sur une très grande partie de la racine. Aucune médication, aucun régime ne saurait donc à ce moment en modifier la constitution. Ce n'est point ce que pensent en général les

parents, qui, en voyant sortir des dents mal conformées, peu résistantes, viennent souvent nous demander de prescrire un traitement pour remédier à cet état. Mais il est trop tard.

Ce n'est pas, je le repète, au moment de leur éruption, mais bien pendant leur formation, que les dents peuvent être, jusqu'à un certain point, modifiées dans leur structure. Les dents de lait, qui se forment pendant la vie intra-utérine, échappent donc à toute intervention. Il en est de même jusqu'à un certain point, pour les dents permanentes, puisque leur follicule se forme aussi pendant la vie intra-utérine, mais on peut, comme nous le verrons plus loin, modifier leur formation en améliorant la santé générale de l'enfant pendant toute l'époque que dure la première dentition, et en préparant en quelque sorte leur éruption par les soins que l'on donne aux dents de lait.

La sortie des dents étant, en somme, le phénomène le plus apparent de l'évolution dentaire, n'en constitue pas moins une époque importante et pour ainsi dire critique. Cette époque est assez variable et l'éruption est dite précoce ou tardive, suivant qu'elle devance ou qu'elle dépasse la date moyenne.

Voici, indiquée sous forme de tableau synoptique, l'époque de l'apparition des follicules des vingt premières dents, au sein des mâchoires et celle de leur éruption en dehors des gencives. On voit ainsi que l'apparition précède de beaucoup l'éruption.

ORDRE DE SUCCESSION.	Époque d'apparition du follicule après la conception.	Époque d'éruption après la naissance.
Incisives centrales inférieures........	65e jour.	7e mois.
Incisives centrales supérieures........	70e jour.	10e mois.
Incisives latérales inférieures........	80e jour.	16e mois.
Incisives latérales supérieures........	85e jour.	20e mois.
Prémolaires inférieures........	Du 85e au 100e jour.	24e mois.
Prémolaires supérieures........		26e mois.
Molaires inférieures........		28e mois.
Molaires supérieures........		30e mois.
Canines inférieures........		Du 30e au 34e mois.
Canines supérieures........		

L'éruption tardive n'est pas sans inquiéter les familles. Il n'est pas rare que nous soyons consulté pour des enfants qui,

à l'âge de dix mois ou un an, n'ont encore aucune dent. Ce retard, est, d'après nous, l'indice que la nutrition de l'enfant a souffert, soit du fait de la mère pendant la grossesse, soit du fait de la nourrice après la naissance. Il convient donc de rechercher si ce défaut de nutrition a pour cause un mauvais état constitutionnel congénital ou acquis. L'institution, dans ce dernier cas, d'un traitement général approprié, peut avoir au point de vue qui nous intéresse une certaine influence, sinon, comme nous l'avons déjà dit, sur les dents de lait déjà formées, du moins sur les dents définitives encore en voie de formation. Il ne faut point perdre de vue, en effet, que la deuxième dentition aura, d'une façon générale, les mêmes caractères que la première.

Lorsque le retard est isolé, n'atteint qu'une ou deux dents, ses causes nous échappent complètement. Quelquefois cependant il doit faire craindre une absence complète du germe de la dent, dont la conséquence beaucoup plus grave est l'absence de la dent définitive correspondante.

Les cas d'éruption précoce et même avant la naissance ne sont pas très rares. Le préjugé a fait de ce phénomène de précocité un présage de grand avenir. Louis XIV, Mirabeau et un de nos illustres maîtres, le professeur Broca, sont nés avec des dents.

Il importe de ne point se méprendre sur la signification de ces phénomènes, de n'y voir qu'une avance dans l'éruption normale et non la production d'une dent surnuméraire. Avec cette dernière croyance, malheureusement partagée par beaucoup de médecins, on se hâte de recourir à l'extraction, dont le moindre inconvénient est de priver l'enfant d'un organe important. Quelquefois avec la dent, on arrache également le follicule de la dent de remplacement correspondante. En outre il n'est pas sans danger de pratiquer cette opération aux premiers jours de la vie, alors que la circulation et la nutrition de l'enfant se font encore mal. On peut s'exposer à des complications graves. Nous avons nous-même rapporté à ce sujet un cas d'hémorrhagie mortelle (1), et notre maître, M. Magitot, en a observé d'autres semblables.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1876, nos des 4 et 6 mai.

Dans la plupart des cas, il est vrai, on a prétendu que la présence de ces dents était un obstacle à la succion, parce que l'enfant mordait le sein de sa nourrice : mais cette objection pourrait tout aussi bien être faite quand l'éruption des dents a lieu normalement vers le 5e, le 6e ou le 7e mois, puisque l'enfant tête encore à cette époque, et cependant on ne songe plus alors à l'extraction. Le mieux est de protéger le mamelon et non d'extraire les dents précoces. Du reste, on prend souvent dans ces cas des fissures, des gerçures du mamelon pour des morsures, et l'erreur est d'autant plus importante à signaler et à reconnaître qu'elle a pour conséquence d'attirer l'attention et les soins du côté du mamelon de la nourrice et non du côté des dents du nourrisson.

Les phénomènes de l'éruption des dents de lait s'accomplissent généralement sans grandes douleurs, sans accidents graves, et même certains auteurs contemporains n'admettent aucune espèce d'accident.

On ne peut nier cependant qu'il n'y ait très souvent un peu d'irritation de la gencive traversée par la dent. Cette lésion légère en elle-même peut s'accompagner d'une inflammation plus ou moins étendue de la muqueuse buccale qui, à coup sûr, gêne l'allaitement et la nutrition de l'enfant. C'est à cette cause que l'on pourrait attribuer les indispositions passagères de la première enfance, depuis le cinquième jusqu'au seizième ou dix-huitième mois, indispositions cessant avec la cause même, c'est-à-dire la sortie de la dent.

Nous avons vu dans quelques cas l'inflammation de la gencive, étendue probablement au périoste osseux et aux tissus mous voisins, donner lieu à une véritable fluxion. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la petite plaie gingivale faite par le passage de la couronne, se trouve en contact avec les liquides de la bouche, toujours très irritants par suite de la fermentation du lait qui séjourne dans les interstices de la muqueuse, et c'est alors surtout qu'il convient de pratiquer les lavages émollients ou antiseptiques, avec de l'eau de guimauve, une eau alcaline (Vichy, Vals), ou une solution de Chloral (chloral, 1 gramme, eau, 200 grammes).

Quelquefois, les désordres sont plus graves et se mani-

festent sous forme de diarrhée, de convulsions qui inquiètent à bon droit les mères. Mais, comme ces phénomènes peuvent avoir diverses causes, le meilleur conseil que nous puissions donner en pareil cas, est d'avoir recours au médecin ordinaire de la famille.

Sans empiéter sur le rôle du médecin, nous pouvons, lorsque l'éruption de la dent est seule en cause, indiquer quelques moyens anodins, quelques prescriptions hygiéniques.

1° Dans le but d'user la gencive, de rendre ainsi la poussée de la dent moins laborieuse, on donne à l'enfant qui porte alors tout à sa bouche, différents objets qu'il mâchonne : bâtons de racine de guimauve enduits de miel rosat, de sirop Delabarre, anneaux d'ivoire, et enfin le hochet classique, plus ou moins ornementé, à manche d'ivoire ou de nacre ; 2° au moment même de la poussée des dents, il est bon de faire quelques onctions des gencives pour calmer les douleurs, avec des liquides émollients.

S'il y avait un peu d'inflammation gingivale, on remplacerait les émollients par des astringents, des antiseptiques légèrement caustiques : les solutions de borax, d'acide borique ou de chloral.

Les scarifications des gencives, leur incision au niveau du point blanc où la couronne de la dent paraît devoir sortir, sont très souvent employées en Angleterre et en Amérique, et pour notre part nous ne pouvons que les recommander. Elles ont pour double avantage, d'après nous, d'agir comme saignée locale, et, en ouvrant un libre passage à la couronne, de diminuer l'intensité de la douleur causée par la pression sur la gencive ainsi que la durée de la période d'éruption.

Les dents de lait, après leur sortie, se placent régulièrement sur l'arcade alvéolaire libre ; rarement on est obligé d'intervenir pour rectifier leur rangement.

Quels soins faut-il donner à ces premières dents ?

On croit généralement mauvais de les brosser. C'est là une profonde erreur. Si une bouche doit être nettoyée, c'est assurément celle de l'enfant. Têtant ou mangeant à chaque instant, l'enfant a constamment la bouche pleine de débris d'aliments

de toute nature qui fermentent et deviennent des agents de carie.

Ceci est surtout vrai pour le lait. Les enfants qui sont élevés au biberon, le prennent généralement pendant des années, longtemps après qu'ils ont commencé à prendre une nourriture plus substantielle ; c'est une habitude qu'on a beaucoup de peine à leur faire perdre. Ils ont donc constamment dans la bouche des résidus de lait dont la fermentation rapide laisse au contact des dents une certaine quantité d'acide lactique à laquelle il faut attribuer la carie très précoce de leurs dents. Nous avons observé plusieurs enfants qui, prenant encore le biberon à trois ans, avaient déjà toutes les dents cariées, sans autre explication possible de cet état.

Le lavage de la cavité buccale et le nettoyage des dents doivent être prescrits pour l'enfant, avec un liquide antiseptique tel que le mélange suivant :

Chloral	1 gramme.
Eau	200 grammes.
Essence d'anis	10 gouttes.
Essence de menthe. . . .	5 gouttes.

Nous conseillons en outre l'usage d'une brosse de dureté moyenne avec un peu de poudre dentifrice matin et soir au moins.

Pour la propreté des dents, nous donnons ici la formule d'une poudre que nous prescrivons ordinairement.

Poudre de savon	10 grammes.
Poudre d'iris.	} à a 20 grammes.
Poudre de craie.	
Poudre de sucre.	
Chlorate de potasse	} à a 5 grammes.
Crème de tartre.	
Pierre ponce porphyrisée . . .	
Essence de menthe	} à a 10 gouttes.
Essence d'anis	
Essence de rose.	5 gouttes.
Cochenille.	Q. S.

Ces soins, nécessaires en temps de santé, deviennent indispensables pendant les maladies de l'enfant.

Pendant les maladies fébriles, la salive devient épaisse et forme sur les dents un enduit adhérent qui en amène rapide-

ment la carie. A la suite de la fièvre typhoïde en particulier, il n'est pas rare de voir les dents privées d'émail à leur partie antérieure, ou étaient déposés ces amas de mucus. Il faudra donc, dans ces conditions, rendre plus fréquents les soins de propreté : si on ne peut laver ou brosser les dents comme en temps ordinaire, il faudra les toucher, les nettoyer plusieurs fois par jour avec un pinceau imbibé d'une eau alcaline ou antiseptique.

Malgré tous ces soins, la carie peut cependant survenir. Cette carie des dents de lait doit être l'objet d'un traitement tout aussi attentif que celles des dents permanentes. En outre de la douleur, qu'il faut toujours chercher à éviter, parce qu'elle influe puissamment sur la nutrition de l'enfant en le privant de sommeil et d'une nourriture suffisante, il faut songer que ces dents sont les seuls organes de la mastication, que quelques-unes doivent durer jusqu'à 10 ou 12 ans, et que leur conservation à un grand prix, à une époque où l'enfant est obligé de manger beaucoup pour subvenir aux frais de la croissance.

Le traitement aura donc pour effet de conserver pendant le temps voulu, c'est-à-dire plusieurs années, des organes nécessaires à la nutrition de l'enfant.

Le conservation des dents aura encore un autre résultat, celui de maintenir aux mâchoires leur forme et leurs dimensions. C'est en effet à la perte précoce des dents de lait qu'il faut attribuer un certain nombre d'irrégularités des dents permanentes dont la place n'a été maintenue. On sait que le développement des mâchoires se fait en raison de celui des dents. Si les pièces composant la première dentition restent en place jusqu'au moment de l'éruption normale de celles de la seconde, celles-ci trouvent l'arc de la mâchoire assez grand pour les recevoir et s'y placer régulièrement; mais si les dents de la première dentition sont tombées ou ont été extraites trop tôt, l'arc de la mâchoire ne se développe plus autant, et les dents de la seconde dentition se placent comme elles peuvent, irrégulièrement, les unes en avant, les autres en arrière de la ligne normale.

Il faut donc faire soigner les dents de lait aussi bien que les

dents permanentes. Une autre raison doit encore faire soigner la carie à son début. C'est que, plus tard, lorsque les racines des dents temporaires sont usées par le contact des dents permanentes en voie de développement, si la chambre pulpaire de la dent de lait est ouverte, le traitement compliqué de ces caries est généralement suivi d'accidents, tels que fluxion, abcès, etc., qui nécessitent alors l'extraction prématurée de la dent.

A cet égard donc, il faudrait soumettre la dentition des enfants à deux ou trois inspections annuelles ; mais ici encore, le rôle de la mère serait très précieux, parce qu'en nettoyant les dents de l'enfant, elle ne manquerait pas d'en faire un examen attentif ; et nous pouvons dire à ce propos que le moment où il conviendrait de faire intervenir le dentiste, serait celui où la mère verrait une teinte noirâtre ou bleuâtre apparaître sur l'émail, soit à la face triturante, soit sur les faces latérales des dents. Cette coloration indique presque à coup sûr la présence d'une cavité sous-jacente de carie.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

23, Rue Richer, 23.

Extrait du Compte Rendu de la Séance extraordinaire du Mardi 15 Juillet 1884.

COMMUNICATION DE M. PILLETTE.

APPAREILS MONO-MÉTALLIQUES COULÉS (ALUMINIUM).

MESSIEURS,

Lorsque, il y a quatre ans, j'avais l'honneur de faire le cours de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris, j'eus l'occasion, à propos d'une leçon sur les appareils dits « Métallo-plastiques », de présenter à mes auditeurs une pièce qui excita quelque peu leur étonnement. Cette pièce ne s'offrait malheureusement qu'en morceaux : un domestique maladroit l'avait récemment brisée en l'enfermant dans un tiroir trop étroit. Je n'en avais pour le moment pas d'autre de même sorte : et, telle qu'elle était, elle dut servir à la démonstration que j'avais à faire.

Ce qui frappa le plus ceux qui examinèrent l'appareil dont je parle, fut sa grande légèreté, ainsi que la force de résistance qu'il présentait malgré son très peu d'épaisseur ; enfin, bien que l'usure des parties servant à la mastication indiquât un assez long séjour dans la bouche, l'absence complète d'altération de sa base. En effet, l'appareil n'avait été changé qu'en raison de vides nouveaux qui s'étaient produits dans la bouche. Cette pièce était en aluminium fondu.

Les difficultés que présente l'établissement de ces pièces ont empêché, malgré les grands avantages qu'elles présentent, leur emploi de se vulgariser ; aussi avais-je dû emprunter à ma pratique ce spécimen dont les analogues sont encore fort rares.

C'est pour vous faire part des modifications que j'ai introduites dans l'exécution de ce genre de pièces, modifications qui permettront désormais à ce mode de travail d'être plus généralement adopté, que je vous demande de m'accorder quelques instants d'attention.

Vous savez que les pièces en métal fondu précédèrent de peu de temps l'introduction du caoutchouc vulcanisé dans la pratique dentaire ; que même ce furent les tentatives auxquelles donna lieu cet ordre d'applications qui guidèrent dans la mise en œuvre du nouveau procédé.

Les noms des Drs Blandy, Wood, Weston et Bean sont restés attachés à cette forme de travail. Blandy, le premier, imagina la série des opérations à l'aide desquelles on pouvait obtenir une pièce en métal fondu. Ces opérations ont été, avec quelques changements, sans importance fondamentale, adoptées dans la manipulation du caoutchouc vulcanisé. Ce Dentiste se servait d'un alliage d'argent avec des traces de bismuth et d'antimoine. Wood et Weston firent, plus tard, des alliages à base d'étain, rendus plus résistants par l'addition d'une certaine quantité de cadmium et peut-être de zinc ou de bismuth. Ces compositions sont encore employées aujourd'hui par un certain nombre de nos confrères d'Amérique.

Les alliages dont il vient d'être question se comportaient assez bien dans la bouche. Cependant, une légère oxydation de leur surface était inévitable ; et si, de fait, elle protégeait le

restant de la masse, l'aspect qu'elle donnait à l'appareil restait désavantageux. En outre, leur poids était assez considérable et leur pouvoir de résistance faible si l'on tenait à obtenir des pièces minces. Ces défauts furent, indépendamment de la faveur qu'obtint le caoutchouc dès son avènement, les raisons qui motivèrent l'abandon avant expérimentation suffisante d'une méthode qui n'avait pas encore donné tout ce qu'il était permis d'en attendre.

C'est à ce moment que mon maître, le Dr Weber, qui a attaché son nom à tant d'ingénieuses recherches dans toutes les branches de l'Art Dentaire, fit ses premiers essais sur l'aluminium fondu. Il obtint des plaques très égales, d'une belle venue et d'une grande force, mais renonça bientôt à ses recherches à cause de l'impossibilité de trouver une soudure convenable. Le Dr Weber n'eut pas à ce moment l'idée de faire avec le métal fondu des pièces complètes, y compris les parties épaisses ; il voulait seulement remplacer les plaques estampées par des plaques coulées, à la fois plus fortes et plus légères.

Vers la même époque, je crois, le Dr Bean commençait en Amérique ses premières recherches ayant aussi pour objectif l'aluminium. Mais il voulait produire la pièce complète tout d'une venue, et modelée en sa forme spéciale avec ses parties minces et pleines.

Le but était mal aisé à atteindre en raison de certaines propriétés physiques du métal qu'il travaillait. Mais le Dr Bean était, dit Harris, « doué d'un génie inventif et d'une dextérité « remarquables » ; il ne se découragea pas, et, après des années de recherches, il créa, à peu près de toutes pièces, un procédé un peu compliqué sans doute, mais à l'aide duquel, avec de *l'attention*, le résultat pouvait être obtenu. Ses qualités d'observateur lui eussent sans doute permis de perfectionner son œuvre, de simplifier quelques détails accessoires, et de rendre plus pratique l'ensemble du système ; malheureusement, notre éminent confrère périt en Suisse dans une ascension de montagne. Après sa mort, nous ne voyons pas que personne ait eu le courage de reprendre ses travaux au point où il les avait laissés, et, malgré les intéressants do-

cuments publiés par Harris à ce sujet, et les précieuses indications qu'on y trouve, l'idée put paraître définitivement abandonnée.

La cause de cet abandon n'est peut-être qu'en partie dans les difficultés inhérentes au procédé lui-même. Il ne manquait pas à cette époque, plus qu'aujourd'hui, d'hommes curieux du progrès qui se fussent astreints à l'observation des soins minutieux que comportait le système du Dr Bean, et eussent fait sans regret l'apprentissage de cette manipulation nouvelle ; mais, nous l'avons dit, c'est au moment des premiers succès qu'il obtint que surgit l'application aux usages dentaires du caoutchouc vulcanisé. Devant la simplicité d'opération de celui-ci, tout ce qui était compliqué devait fatalement disparaître : c'est ce qui arriva.

Tout ne fut pas bénéfice dans l'acquisition du caoutchouc : s'il est juste de reconnaître qu'il mit les bienfaits de la prothèse à la portée de tout le monde, s'il représentait une matière commode à travailler, assez commode même pour permettre au premier venu de s'improviser Dentiste, il avait en réalité certains défauts qui empêcheront toujours de considérer l'emploi de cette substance comme répondant à tous les *desiderata* de la pratique.

Est-il besoin de dire que je fais ici allusion à la fâcheuse propriété qu'il a d'irriter souvent les gencives qui supportent son contact; à son élasticité parfois gênante ou dangereuse pour les points d'appui, enfin à sa fragilité et aux bris fréquents dont sont susceptibles les appareils dont il forme la base.

Nous pensons donc que, malgré les facilités qu'il présente, le caoutchouc tendra à être relégué au second plan dans tous les cas où ne viendra pas s'imposer une question de prix.

Nous pouvons d'ailleurs constater aujourd'hui une réaction manifeste contre la préoccupation exclusive de la facilité d'exécution et un souci plus prononcé de la recherche du mieux. C'est ce sentiment bien compris qui a guidé dans ces dernières années nos confrères d'Amérique, et nous devons convenir qu'ils s'en sont bien trouvés. Chez eux, tout ce qui peut conduire à une amélioration est essayé, quelqu'onéreuse

ou difficile que soit la tentative. Pourquoi n'en serait-il pas de même chez nous ? J'ai cru, en tout cas, le moment favorable pour vous entretenir du résultat des recherches que, depuis longtemps. je poursuivais d'une façon un peu intermittente sur les meilleurs moyens à adopter dans le travail des pièces mono-métalliques fondues.

Bientôt fixé définitivement sur l'aluminium, je m'inspirai tout d'abord des procédés employés par le Dr Bean; mais les échecs fréquents auxquels je ne pouvais échapper, malgré les soins que je prenais, m'engagèrent à rechercher d'autres moyens que je voulais à la fois plus sûrs et plus expéditifs. Il était en effet impossible de préconiser un système qui me paraissait très séduisant, mais dont les résultats étaient aussi aléatoires; j'attendis, je cherchai, et je crois pouvoir dire que je trouvai, si j'en dois juger par la facilité relative, la promptitude et la régularité avec lesquelles j'obtiens maintenant des résultats satisfaisants.

Je ne veux pas dire que les changements que j'ai introduits dans les opérations, aient supprimé toutes les difficultés. Ce travail demandera toujours de l'attention et surtout de la réflexion, spécialement pour le placement des dents sur le modèle, pour les retouches à faire à celui-ci aux places voulues, enfin pour la façon de diriger la coulée. Mais les conditions générales de réussite sont considérablement augmentées, et, si l'on ne peut prétendre imposer cette méthode pour des travaux mal rétribués, au moins peut-on affirmer qu'elle est dès à présent à la portée de tout praticien qui a à satisfaire aux demandes d'une clientèle choisie.

Nous pensons, en un mot, qu'avec un court apprentissage, chacun peut prétendre à confectionner dans le même laps de temps que celui exigé par les travaux ordinaires, des appareils prothétiques infiniment supérieurs à ceux qui se font actuellement, soit au moyen des métaux estampés, soit avec le caoutchouc vulcanisé.

Avant d'entrer dans le détail opératoire du procédé, nous rappellerons rapidement ce qu'est l'aluminium au point de vue chimique.

L'aluminium est un corps simple métallique, blanc, assez

semblable à l'argent, avec un reflet un peu plus bleuâtre. C'est le plus léger des métaux, si l'on excepte le magnésium.

Il est inaltérable et ductile. Son point de fusion est au-dessus de 500° cent. — C'est un excellent conducteur de l'électricité et de la chaleur. Il est supérieur, à ce dernier point de vue, au fer lui-même.

Sous le martelage, il se recrouit et devient élastique et sonore. Il se lime facilement, et peut aussi être travaillé aux instruments coupants, comme les gouges, etc.

L'aluminium métallique est inaltérable à l'air et à l'oxygène, même aux températures les plus élevées et ne décompose l'eau qu'au rouge blanc. Les acides nitrique et sulfurique l'attaquent difficilement; mais il se dissout dans l'acide chlorhydrique.

L'aluminium se produit par la décomposition du chlorure d'aluminium au moyen du sodium ; le sodium, en s'emparant du chlore pour former du sel marin, isole l'aluminium de sa combinaison.

Nous n'entrerons pas dans les détails techniques de sa fabrication ; cela nous mènerait trop loin et ne serait d'ailleurs ici d'aucun intérêt direct.

L'aluminium est presque le seul métal qui puisse être employé par nous à l'état de pureté absolue. Ce fait justifierait le nom de mono-métallique que nous avons donné au système des pièces en métal fondu, ayant particulièrement en vue dans celui-ci l'application de l'aluminium.

En effet, nos plaques d'or sont faites d'un alliage à un titre quelconque. Celles de platine contiennent une quantité déterminée d'iridium qui sert à leur donner la ténacité nécessaire. Enfin les soudures métalliques qui sont obligatoires pour ces travaux, suffisent à faire écarter la prétention d'y employer un métal pur.

Bien que nous nous soyons jusqu'ici occupé spécialement de l'aluminium à l'état pur, il est cependant possible qu'un alliage de ce métal soit dans l'avenir préférable au métal lui-même. Nos expériences propres sur ce sujet datent de trop peu de temps pour nous permettre d'être affirmatifs dans un sens quelconque. Nous en poursuivrons cependant l'étude,

spécialement sur un mélange quaternaire auquel nous avons donné provisoirement le nom de Nickeluminium, et qui nous a paru présenter quelques particularités curieuses. Nous aurons peut-être l'occasion d'en reparler d'ici quelque temps.

Les alliages d'un métal aussi léger que l'aluminium sont assez difficiles à obtenir à un état bien homogène. La différence de densité est si considérable qu'il s'ensuit que le mélange est rarement égal dans toutes les parties d'un même lingot.

Ce n'est pas ici le lieu de nous arrêter sur les précautions que commandent ces difficultés. Mon but, en touchant à ces questions, était de fournir une introduction à l'exposé de la méthode à laquelle je dois les résultats que je viens ici faire connaître, exposé qui peut maintenant être très bref.

Je ne crois pas avoir à rappeler les particularités de la méthode du Dr Béan, chacun doit avoir présent à la mémoire ce qu'en dit Harris. Sa façon de procéder était, certes, très ingénieuse, sous beaucoup de rapports. Elle présentait cependant quelques imperfections de détails, ou plutôt certaines complications qui, loin d'augmenter les chances de succès, les diminuaient à mon avis. J'ai donc apporté à ces procédés plusieurs modifications, grâce auxquelles le travail se trouve à la fois plus rapidement exécuté et moins sujet à des accidents.

Les deux plus importantes de ces modifications sont : 1° la substitution du surmoulage à la gélatine au surmoulage du modèle primitif en plâtre « à bon creux »; 2° la coulée dans une matrice « à cire perdue », au lieu de la coulée dans une matrice à parties séparées.

Je n'ai rien à dire ici du surmoulage à la gélatine, dont j'ai fait paraître, il y a quelques années, tous les détails techniques dans nos journaux professionnels : l'*Odontologie*, *le Progrès Dentaire*, *la Revue Odontologique*, si ce n'est que le procédé est à la fois ce que l'on peut voir de plus expéditif et en même temps de plus parfait. Je m'étonne même qu'il n'ait pas été adopté plus généralement par les dentistes. Il faut que ses avantages aient été mal compris par ceux qui ne l'ont pas vu à l'œuvre, car ceux de mes confrères à qui j'ai eu l'occasion de le montrer, s'en sont toujours servis depuis à leur entière satisfaction.

J'avais pensé, et l'expérience m'a prouvé que je ne me trompais pas, que l'expansion successive des deux modèles de plâtre, le modèle primitif et sa reproduction, suffirait à contrebalancer, à très peu de chose près, les effets de rétraction du métal, et qu'il était inutile de procéder à l'augmentation du premier, par le moyen du surmoulage « à bon creux » lequel a le désavantage d'augmenter certaines parties du modèle en surface modifiant ainsi le relief de certaines autres. Cette augmentation se trouve obtenue naturellement dans le creux de gélatine et d'autant plus uniformément que l'expansion se produit dans un milieu doué d'une grande élasticité.

En effet, j'aurai l'occasion de vous montrer, dans la bouche de patients, des appareils d'un contour très difficile, et dont l'ajustement dans tous les sens est d'une perfection qui ne saurait être dépassée. Il suffit de quelque habitude dans le placement des dents et de quelques retouches au pinceau sur le plâtre pour obtenir une précision absolue.

Quant au procédé « à cire perdue » qui consiste, on le sait, à enfermer son modèle muni de sa cire entièrement dans le plâtre, sauf à réserver le goulot de coulée et les évents, puis à détruire la cire par la chaleur, c'est à son adoption que j'attribue pour la plus grande partie les succès constants auxquels je suis habitué aujourd'hui. Avant d'y avoir songé, et lorsque, suivant les procédés classiques, je débarrassais les modèles de leur cire en séparant les deux parties de la matrice, j'éprouvais de fréquents désappointements.

Il est très difficile, même avec un outillage spécial, convenablement installé, de mener à bien l'opération de la coulée.

Malgré tous les soins, pris il se produit très souvent des fuites de métal, partielles et quelquefois totales ; de là perte de temps considérable, car tout est à recommencer surtout si la fuite n'a été que partielle ; ce qui est d'ailleurs incommode à constater. Avec les matrices « à cire perdue », cet accident est absolument impossible ; et si tous les autres détails de l'opération ont été bien observés, on peut être sûr de sortir du moule une pièce parfaite.

C'est particulièrement par ce point, et j'y insiste, que ma

manière d'opérer diffère de celle imaginée par le Dr Bean, et je crois pouvoir affirmer que là encore j'ai réduit de beaucoup le temps nécessaire à l'obtention de ces sortes de pièces en même temps que je simplifiais l'ensemble de l'opération.

Je voudrais maintenant passer rapidement en revue quelques-uns des avantages qu'on retirerait de l'emploi des pièces mono-métalliques en aluminium.

Ces avantages sont nombreux, et je ne vois guère de points de notre pratique où nous ne puissions avoir lieu de les constater.

Le plus palpable est la légèreté de ces sortes d'appareils. Celle-ci est véritablement curieuse : ainsi, des pièces munies de leurs dents, et couvrant de larges espaces dans la bouche, pèsent 4, 5, ou 6 grammes. Ce mérite pourrait être tenu comme d'une importance secondaire si l'on ne rencontrait en même temps dans ces appareils une force de résistance étonnante. Des appareils de caoutchouc ou de celluloïde très minces pourraient peut-être approcher de cette faible pesanteur; mais ils n'offriront alors qu'une résistance tout à fait insuffisante ; et leur flexibilité, indépendamment des chances de bris, pourra être cause de graves inconvénients au point de vue de la rétention.

De ce chef, l'aluminium n'a certainement pas de rival.

La rigidité du métal est encore dans les conditions de pression auxquelles il se trouve soumis dans la bouche, une garantie contre le bris des pièces.

Nous savons tous quels ennuis découlent pour nous des réparations à faire aux appareils. Certaines conformations de bouche y prêtent cependant plus que d'autres; mais les porteurs d'appareils sujets à se briser, n'ayant pas à juger les conditions d'exécution, ne voient que le peu de solidité du travail qui leur a été livré. La résistance de l'aluminium aux torsions qui entraînent des ruptures, est donc une condition d'un mérite des plus appréciables.

Souvent aussi, pendant ces réparations, il arrive que le caoutchouc joue, se gondole légèrement; et, lorsque la pièce réparée est reportée dans la bouche, elle cause de la gêne, ou même de la douleur pendant un temps plus ou moins long.

Ces inconvénients disparaissent avec les bases en aluminium fondu, que leur résistance garantit contre tout changement de forme.

Le contact de l'aluminium avec la muqueuse est aussi de tous le mieux supporté. Il ne donne aucun goût métallique; avec lui, il n'y a pas à redouter ces altérations de la muqueuse qui affectent plus particulièrement le bord interne du feston gingival, mais qui s'étend souvent sur toute la partie recouverte par l'appareil.

On a surtout accusé les caoutchoucs d'être la cause de ces désordres ; et, de fait, peut-être sont-ils plus fréquents avec cette matière qu'avec toute autre. D'autre part, on en observe de fréquents exemples sous des appareils en or. Nous devons toutefois remarquer que ceux-ci ne sont pas mono-métalliques, et que les crochets, étant souvent d'un titre différent de celui de la plaque, et la soudure qui les unit tous deux représentant un titre différent encore, il peut résulter du contact de ces métaux une action galvanique dont l'irritation muco-gingivale serait la conséquence. Je n'ai, jusqu'à présent, pas encore observé ces effets fâcheux sur les gencives en contact avec les bases d'aluminium.

La tenue dans la bouche des pièces d'aluminium offre à l'opérateur les facilités les plus grandes, en même temps qu'elle est au patient des plus douces et des plus aisées à supporter.

Les différents modes d'attache appartenant aux autres systèmes y peuvent tous être adaptés. Les crochets, les bandes métalliques, en prenant soin d'isoler les deux métaux par la réunion à l'aide du caoutchouc vulcanisé, peuvent être ajoutés aux appareils d'aluminium. Mais la plus avantageuse des formes de ces pièces, j'omets à dessein la « succion » dont le principe s'applique également à tous les systèmes quels qu'ils soient — est celui qu'on adoptait autrefois pour les appareils en ivoire d'hippopotame, et aujourd'hui encore pour une partie de ceux en caoutchouc vulcanisé ; c'est la cheville de bois insérée dans la masse et faisant pression sur l'angle choisi de la dent de soutien.

Dans ce dernier cas, l'avantage de la rigidité que présentait

l'ivoire et que possède également l'aluminium, ne se rencontre pas dans le caoutchouc vulcanisé. L'élasticité de ce dernier peut être parfois cause du déplacement de l'appareil ou de la dent sur laquelle on s'appuie. Au contaire, la rigidité métallique ne permet pas de dépasser la pression qui doit raisonnablement être exercée, et cette pression elle ne la continue pas comme le fait le caoutchouc une fois l'appareil en place.

Une autre conséquence, et non des moins importantes de l'aluminium comme base d'appareils dentaires, est la possibilité réelle de modifier les formes habituelles de certaines pièces.

Cette faculté est en raison directe de la résistance à la flexion.

Ainsi pour en citer un cas dont j'aurai l'occasion de vous présenter le sujet, le remplacement des dents de côté, par exemple des canines et des petites molaires, offre parfois d'assez sérieuses difficultés, lorsque l'on s'interdit rigoureusement, comme on doit le faire, l'emploi de crochets sur les dents de devant. Il faut alors aller chercher des points d'appui de l'autre côté de la bouche, heureux s'il y existe des vides correspondants. C'est encombrer la cavité buccale d'un appareil volumineux et d'un développement tel qu'il est difficile d'en faire admettre la nécessité au patient, qui, en général, ne juge que sur le résultat définitif le remplacement de deux ou trois dents.

On a bien imaginé les pièces dites « à pont » c'est-à-dire l'union de la partie de la pièce prothétique supportant les dents, et réduite à sa dimension la plus minime, avec la partie correspondante du côté opposé servant de point d'appui. Cette union a lieu au moyen d'une « bande » ou « pont » traversant la bouche en suivant le contour de la voûte palatine, environ au niveau de la première et quelquefois de la seconde grosse molaire. C'est en effet à cet endroit que la gêne causée par la présence d'un corps étranger est la moindre, par la raison que la langue à l'état de repos ne porte que sur la partie antérieure de la voûte palatine. C'est là aussi qu'elle vient frapper pour la percussion nécessaire à l'émission de certaines consonnes de répétition fréquente, ainsi que pendant les actes de la dégustation et de la déglutition.

Mais avec les systèmes employés actuellement, ce procédé est plutôt théorique que pratique. Si l'appareil est en caoutchouc vulcanisé la « bande » ou « pont » trop flexible n'assurera pas à la pièce une fixité suffisante. S'il est en or, malgré l'augmentation d'épaisseur et par conséquent du poids de la plaque, nous aurons encore une élasticité considérable qui forcera à enserrer les points d'appui avec des crochets, et nous aurons évité un mal pour tomber dans un pire.

Seules les bases d'aluminium, par leur absence de poids et leur rigidité exceptionnelle, permettent l'emploi inoffensif des pièces dites « à pont ».

Les cas qui nécessitent ces sortes de pièces, sont nombreux dans la pratique, ils sont aussi dans l'état actuel de nos ressources, causes de grands ennuis pour le patient et pour le dentiste.

Je vous présenterai tout à l'heure le double d'une pièce de ce genre répondant à l'un de ces cas particulièrement embarrassants. Il s'agit du remplacement de la canine et d'une petite molaire du côté gauche. Ces deux vides sont contigus. Le reste de la bouche est au complet, si j'en excepte la dent de sagesse droite, de fait aucun moyen d'attache. En outre, les dents voisines de celles à remplacer sont très courtes et les racines de celles qui manquent existent sous la gencive. Le sujet est une femme, jeune, qui a porté avant l'appareil que je lui ai fait en aluminium des pièces de toute espèce et de toute forme, caoutchouc, or, celluloïde. Elle n'a jamais pu s'habituer ni aux unes ni aux autres. Elle les a portées néanmoins, mais avec une gêne qui n'a disparu que depuis l'application de celle que je lui ai faite, il y a environ un an. C'est de cette même personne que je tiens le renseignement très intéressant que le séjour dans la bouche d'une pièce en aluminium ne donne pas du tout — ou à beaucoup près — la sensation de « corps étranger, » comme il arrive pour les autres substances qui servent à la confection de nos pièces.

Ce fait me paraît devoir être expliqué par l'unité du métal employé, tandis que dans les appareils en or la variété des titres peut être une source d'actions galvaniques. Je n'appuierai pas davantage sur cette hypothèse qui me paraît cependant la plus capable d'expliquer les faits observés.

Comme je vous l'ai dit, cette cliente est une dame, jeune ; je ne pouvais, même au nom de la reconnaissance, lui demander de venir se soumettre à un examen buccal devant autant de monde ; mais s'il vous convenait de nommer une commission de trois ou quatre membres, je serais heureux de me mettre à leur disposition et de leur montrer l'appareil en place dans la bouche. Ils pourront *de visu*, constater les avantages de ce système et l'absence de gêne que comporte sa mise en œuvre.

Ce cas, je le répète, est typique en raison de la difficulté de maintien ; et l'appareil qui y remédie, est aussi digne d'attention au point de vue de l'exactitude d'ajustement dans tous les sens, de la pièce et des dents.

Nous avons dit que les bases d'aluminium comportaient la possibilité de toutes les combinaisons nécessitées en prothèse dentaire. En effet, suivant le besoin, les dents ou feront partie intégrante de la pièce, ou seront soudées après coup à l'aide du caoutchouc vulcanisé. On sait que ce dernier s'unit d'une façon très intime à l'aluminium. Par ce même moyen, on peut souder à ces mêmes bases des crochets métalliques, si ceux-ci sont indispensables à la tenue de l'appareil.

Il est possible encore, dans un cas de susceptibilité spéciale qui exigerait absolument que les dents ne supportassent aucun contact métallique, d'isoler la base des points d'appui et d'entourer ceux-ci d'anneaux de caoutchouc vulcanisé. On peut même, sur ces bases légères et fortes, ajuster des moignons d'ivoire, si excellents pour la mastication, ou monter des dents naturelles, comme on le faisait sur les bases d'hippopotame. Nous avons même fixé sur quelques-unes de ces plaques des arcades de dents en celluloïde sculptée. Certes, la couleur n'a ni le naturel ni la transparence des dents d'émail ; mais pour certaines personnes qui voudraient être pour un temps déterminé absolument hors de crainte de tout danger de rupture quelconque, base et dents, et qui feraient à cette quiétude absolue le sacrifice d'une partie de l'aspect, l'idée pourrait être pratique. Enfin, ces bases, nous le répétons, peuvent subir toutes les transformations nécessaires.

De même aussi le métal s'applique à tous nos travaux, depuis

ceux de simple prothèse dentaire, jusqu'aux appareils plus compliqués de restaurations buccales et faciales.

L'applicationde cette manière de faire à l'obtention des appareils d'orthodontosie simplifiera beaucoup le travail du dentiste. Larigidité métallique lui viendra ici en aide et il pourra agir sûrement sur les organes à ramener à la façon des bases d'hippopotame qui rendent d'excellents services entre les mains habituées à les manier, mais qui sont lourdes et volumineuses.

Nous n'insistons pas davantage sur ces indications, certain qu'il nous suffit d'y faire allusion pour que le parti pratique à en tirer soit compris de tous.

Je voudrais seulement, avant de terminer, présenter quelques remarques à propos de ce que disent nos ouvrages classiques de l'altérabilité de l'aluminium dans la bouche. J'ai été assez surpris de ces assertions. Pour ma part, je n'ai pas été témoin de cette altération. J'ai remarqué, au contraire, que dans certains milieux buccaux, ceux à réaction acide, les pièces restaient les mêmes, sans changement d'aspect ; et que dans d'autres, où la réaction était franchement alcaline, la pièce prenait au contraire un aspect de plus en plus brillant.

Le très léger « décapage » qui semble se produire dans ce cas, ne saurait être assimilé à une altération menaçant la durée de la pièce : de fait, j'ai vu, même dans ces cas, des plaques estampées assez minces durer fort longtemps. D'ailleurs, sur cette question de l'aluminium, les opinions émises pourraient l'avoir été un peu légèrement : nos auteurs se sont copiés les uns les autres plutôt qu'ils n'ont donné le résultat de leur expérience propre, et, sauf Harris peut-être, qui paraît avoir connu personnellement le Dr Bean, aucun ne semble parler du procédé pour l'avoir pratiqué ou vu pratiquer.

Ainsi Oackley Coles, dans son excellent Traité de Prothèse, dit : « Ce qui nous amène à parler de nouveau de l'alumi-
« nium, ce sont les expériences que l'on fait depuis plus
« de dix ans pour obtenir des plaques à l'aide du moulage de
« l'aluminium fondu. Les essais qui ont été faits dans cette
« direction avec le plus de soin, sont ceux de feu le Dr Bean de
« Baltimore, qui a été enseveli, sous une avalanche, dans une

« ascension au Mont-Blanc, en 1870. La description de ces « tentatives pourrait être curieuse, car elle montrerait les « difficultés avec lesquelles l'auteur se trouvait aux prises « pour vaincre le retrait du métal, sa paresse à couler, « etc., etc. Mais il s'abstient de donner cette description, pourtant fort intéressante, sous prétexte que « le peu d'utilité « de ces travaux, et les défauts reprochés à l'aluminium de ne « pas toujours résister à l'action des sécrétions buccales, « ne lui permettent pas de s'arrêter plus longtemps sur « ce sujet. »

Ici je dois dire que malgré toute l'estime que j'ai pour l'œuvre de M. Oackley Coles, il me paraît n'avoir pas étudié suffisamment la question.

Cependant l'utilité de ces travaux serait grande, puisque, n'était la difficulté d'aboutir, ils pourraient remplacer tous les autres systèmes.

Comment admettre d'autre part qu'un praticien de la valeur du Dr Bean eût placé, pendant si longtemps dans la bouche de ses clients, des appareils sans s'apercevoir de leur altération ; comment eût-il consacré une partie de sa vie à la recherche de procédés pratiques pour l'adaptation d'une matière qui, une fois travaillée, n'aurait pas présenté des garanties de durée suffisante? cela ne paraît pas admissible.

Je me rangerai plutôt à l'opinion d'Harris qui dit, après avoir examiné les propriétés physiques et chimiques de l'aluminium : « sa résistance à l'action des acides et des alcalis « est très remarquable, et donne à penser, si on cherche à « expliquer ce fait que dans certains cas des plaques se sont « altérées dans la bouche, qu'il existait probablement quelque « impureté dans le métal. Les particularités de ce changement « donnent une grande vraisemblance à cette hypothèse ; ils se « sont montrés sous forme de tâches, ce qui semble indiquer « qu'il y avait quelque impureté ou alliage dans ces points, et « non sous forme de coloration, comme cela se voit pour l'or « à 18 carats, pour l'argent, ou pour les alliages d'étain. « On doit en conclure qu'une plaque d'aluminium parfaitement « pur résisterait aux sécrétions buccales. »

Cette appréciation est mieux motivée, elle s'accorde aussi

avec nos propres observations. Du reste, Oackley Coles lui-même termine l'article que je citais tout à l'heure par cette phrase : « toutefois qui pourrait prédire le rôle qu'est appelé « à jouer ce métal le jour où l'on saura s'en servir. »

Voilà bien où est la question : on ne sait pas s'en servir. Il ne s'agit pas là d'améliorer le métal, mais de savoir en tirer parti, ce qui présente en effet quelques difficultés. Cette difficulté résolue, nul ne saurait prévoir jusqu'où s'étendrait son emploi. Aujourd'hui que les procédés existent, nous estimons qu'il suffira d'une somme d'efforts assez minime pour faire entrer définitivement dans la pratique, l'usage d'une matière excellente, dont l'emploi se prête à tous les genres d'appareils de prothèse que nous avons à exécuter, matière qui possède enfin des qualités que n'offre à un degré voisin, aucune de celles que nous avons employées jusqu'ici.

M. Dubois. — Je ne connais pas les essais précédents et je ne sais en quoi ils diffèrent du procédé de M. Pillette. L'aluminium estampé a déjà été employé. Quant à l'aluminium coulé, je n'en avais jamais vu de spécimen. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que féliciter M. Pillette, non seulement de son intéressante communication, mais encore de ne pas s'en réserver la pratique exclusive en voulant bien nous apporter le résultat de ses travaux.

Dans les curieux spécimens que notre collègue nous présente, je remarque une solidité à toute épreuve masticatoire ; mais aussi une épaisseur supérieure aux pièces métalliques estampées etsensiblement égale à celle d'une pièce en caoutchouc mince. De plus, je demanderai à M. Pillette : Peut-il éviter le retrait ?

Peut-il fondre sur le modèle ou a-t-il besoin d'un contre-moule ?

Doit-il, après la fonte, réajuster à l'échoppe sur le modèle ?

M. Pillette. — L'épaisseur des pièces qui ont servi à la démonstration que je viens de faire, est à peu près la même que celle de pièces analogues qui seraient confectionnées en caoutchouc. Je ferai cependant exception pour les pièces de grande étendue qui, en caoutchouc, devraient être certai-

nement plus épaisses. D'ailleurs, dans le cas, je ne me suis nullement attaché à produire des pièces aussi minces que possible — ce qui ne présente aucune difficulté particulière ; — j'ai voulu surtout montrer des appareils en voie d'exécution, non réparés et tels que la coulée les fournit : les opérations qui suivent sont accessoires.

Quant au retrait de l'aluminium il ne peut être évité, puisque c'est une particularité physique du métal, mais il est compensé par l'expansion des deux moulages successifs et par des retouches appropriées faite sur le moule qui sert à la fonte.

Pour ce qui est du réajustement, les pièces que vous avez sous les yeux n'en ont subi aucun. Vous pouvez vous convaincre que la cuvette de ces pièces porte le grain même de la fonte.

Cependant certaines pièces, par suite de leur conformation spéciale, parties en « non-dépouille », divergence des organes restants, ou autres causes, obligent à des retouches. Celles-ci se font mieux à l'aide de molettes actionnées par le tour dentaire que par les gouges ou échoppes : c'est le moyen que j'emploie.

COMMUNICATION.

On nous prie d'insérer la lettre suivante :

M. Brasseur, Vice-Président de la Société Odontologique de France, Paris.

Monsieur et honoré Confrère,

A la date du 4 ou 5 Juin dernier, je lisais dans le journal *le Figaro*, paru le 3 du même mois, l'annonce que l'Institut Odontotechnique de France y avait fait insérer. Point n'est besoin que je relate cet article-réclame, puisque vous l'avez connu avant moi. Cet appel à la charité publique m'avait fait naître l'idée de proposer à l'Institut Odontotechnique une combinaison financière, avec part à trois, s'il voulait prêter le concours de son journal, pour faire connaître à MM. les

Médecins nos nouvelles inventions d'inhalations dentaires permanentes invincibles.

J'écrivis donc dans ce but à M le Dr Andrieu que je croyais toujours Président en titre, ainsi qu'à M. le Dr Colignon, et sollicitai la faveur d'être admis à présenter, à la réunion de la Société Odontologique, nos appareils.

A la dernière heure, voici la réponse que je reçus par télégraphe : Après entente avec Colignon, recevrons votre communication premier Juillet. — Paulin.

Je me rendis à ladite séance au jour indiqué. Nos nouveaux systèmes parurent, je crois, assez appréciés. Mais, à la fin de la lecture de mon manuscrit, et après vous avoir demandé la permission comme Président, d'exposer mes propositions (ce qui me fut accordé. — Avant qu'aucune publicité ne soit faite sur nos inventions, nous demandons à M. le Président de vouloir bien nous permettre de faire deux propositions dont une directe à la Société Odontologique : les honorables membres décideront s'il y a lieu d'accepter ou non.

1° Si la Société Odontologique veut bien consentir à prêter son concours, par la voie de son journal, à faire connaître à MM. les Médecins et à propager ces nouveaux systèmes, nous lui proposons le 25 pour 0/0 sur les bénéfices pendant 5 à 6 ans, ainsi que le 25 pour 0/0 dans la vente des Brevets étrangers, si elle veut nous donner son appui pour les vendre.

2° Je propose également de m'associer avec un confrère ayant une clientèle nombreuse et sérieuse à Paris pour l'exploitation en France de nos Brevets, d'accord avec la Société Odontologique, avec part à trois.

Nous ne croyons pas exagérer en disant qu'on pourra vendre ou poser 50,000 inhalateurs dentaires en France en 5 ou 6 ans, au prix de 40 à 50 fr. l'un, au bénéfice de 20 à 30 fr. dans chacun. Ce rapport pourra permettre à la Société Odontologique de France d'avoir un élément sérieux qui lui permettra de se suffire, sans se voir obligé périodiquement de faire appel à des fonds pour son Institut Odontotechnique ou Ecole dentaire. *1er Juillet 1884.*

Un mouvement étrange se produisit et après vous, M. le Président, quelques honorables membres s'associèrent à votre

premier élan et répondirent qu'on ne pouvait accepter une proposition commerciale. En présence de l'accueil aussi dédaigneux dont j'ai été l'objet sur mes propositions si franches, pour une association commerciale de nos inventions, il ne me restait plus qu'à me retirer de votre réunion du 1er Juillet courant, avec toute l'indifférence que la conduite de ses membres à mon égard pouvait m'inspirer.

Je ne m'étendrais pas ici sur la valeur que peuvent avoir nos inventions, ni sur le nombre de maladies pour lesquelles elles pourront être appliquées, l'avenir va nous apprendre tous les avantages que les malades seront à même d'en retirer.

Je ne me serais pas permis assurément de faire des propositions commerciales dans des sociétés savantes autres que celles de dentisterie, me croyant de la famille; je n'y voyais aucun inconvénient, d'autant que *votre appel à la charité publique* m'en avait fait concevoir la pensée. C'est donc grâce à vous, Messieurs, que j'ai fait le voyage de Lyon à Paris pour vous faire les propositions commerciales susdites, lesquelles ont été sur le champ déclinées sans en avoir mûri ni l'importance ni le rapport.

Une société savante qui a une école où les élèves payent et une clinique gratuite où l'on fait tout payer, excepté l'extraction simple des dents, n'a pas lieu, ce nous semble, de se dire *œuvre philanthropique*. N'a-t-elle pas besoin des malades pour former ses élèves ? Les élèves en médecine pourraient-ils jamais arriver à être bons praticiens sans les cliniques médicales aux lits des malades dans les hôpitaux ! et les chirurgiens ?

Nous avons, nous aussi, une clinique dentaire gratuite, la première qui ait été créée en France, ouverte le 1er octobre 1878, sans l'aide de personne et avec nos propres ressources. Il s'y opère en moyenne 20 patients, par jour de clinique. Et pourtant, nous n'avons jamais fait appel à la charité publique.

N'ayant voulu vous laisser ni notre manuscrit, ni aucun spécimen de nos inventions, j'avais prié M. Pourchet, mon ancien élève, de vous dire de ne rien mettre dans votre procès-verbal, mais je vous autorise en revanche d'insérer cette lettre dans votre journal, laquelle lettre va être du reste, insérée

ailleurs et le lecteur appréciera. Je me réserve d'y revenir si l'occasion m'en est fournie.

J'aurais voulu vous écrire de suite et vous expliquer le motif de mon départ précipité, mais je ne me suis pas occupé d'affaires pendant les quelques jours de vacances que je me suis donnés, j'attendais tout simplement ma rentrée à Lyon pour cela.

Agréez . .

Dr PRADÈRE.

Lyon, le 13 Juillet 1884.

Nous pensons avec l'auteur de cette lettre que la proposition qu'il faisait était bien adressée.

Quand on déserte la voie droite, quand on sacrifie l'intérêt général et professionnel à quelques intérêts particuliers; quand on pense qu'une École dentaire peut faire du commerce et qu'on la transforme en fabrique de dentiers, quand on veut se créer des ressources, retarder sa chute, en faisant une concurrence désastreuse aux dentistes de la ville; quand on se montre une sébille à la main afin de grossir des dividendes On autorise toutes les propositions financières.

VARIÉTÉ.

INGRATITUDE.

Décidément, faire le bien n'est pas chose aussi aisée qu'un vain peuple pense, et bien des aspirants au prix Montyon se trompent fort quand ils ne comptent que sur leur bon cœur pour le mériter.

Oyez ceci, et vous serez édifiés !

Un de nos confrères de province, M. P..., apprend par un de ses amis, étranger à la profession, qu'un grand journal de Paris, le *Figaro*, puisqu'il faut l'appeler par son nom, lequel est toujours très bien informé (à ce qu'il prétend, du moins), avait inséré dans ses colonnes un appel au public, appel désespéré, qui vous étreignait à la gorge rien qu'en le lisant, en faveur d'une *Ecole Dentaire en détresse. En détresse*, était le mot dont s'était servi l'ami en question, et il était dans le vrai.

Il savait à qui parler, lui, philanthrope par vocation, en s'adressant à son ami P..., le dentiste, qui partageait exactement sa manière de voir en matière de sauvetage. Aussi, ne fut-il nullement étonné d'entendre celui-ci lui dire que tout était sauvé, qu'il avait un plan infaillible, et qu'il allait partir à Paris sur-le-champ, le soumettre au grand conseil de l'Ecole, de l'Ecole en *mal de fonds*, de *l'Ecole en détresse !*

Ils se serrèrent la main, muets d'émotion, pendant que de douces larmes coulaient lentement de leurs yeux, larmes semblables à celles que devait verser Saint-Vincent de Paul, en ramassant les petits citoyens abandonnés dans la neige.

M. P... est inventeur d'un nouvel appareil destiné, paraît-il, à rendre à la profession de réels services, et, par conséquent devant avoir une certaine valeur au point de vue commercial.

Voici donc quelle fut la proposition qu'il fit aux membres dirigeants de cette école, lorsqu'il fut admis par eux à leur ouvrir son cœur :

« Messieurs,

« J'ai appris par la voie de la presse dans quel état de « baisse vous vous trouvez actuellement.

« Quelle honte pour notre pays, s'il laissait s'effondrer sans « secours une si belle institution. Où retrouver jamais des « hommes aussi compétents, de telles organisations cérébrales, « des encéphales aussi volumineux. Qui donnera désormais « l'enseignement de cette science, dont seuls vous possédez « le secret, à cette jeunesse studieuse destinée un jour à con- « tribuer à la gloire de notre belle France ! Eh quoi ! tout cela « périrait faute d'un peu d'argent ?... non ! cela ne sera pas ! « Il est impossible que cela soit !

« Je n'ai pas la prétention de vous sauver de par ma seule « puissance, mais j'y veux contribuer pour une bonne part. « En tous cas, je donnerai l'exemple, d'autres me suivront ! (Tonnerre d'applaudissements)

« Voici donc ce que je viens vous proposer : Vous avez « apprécié le mérite de l'appareil que je viens d'expérimenter « devant vous, vous m'avez félicité, et vos félicitations sont « une garantie, que dis-je, une certitude de succès. Jamais, « maintenant, que cet article a été ainsi patronné par vous, je « n'en pourrai assez fabriquer. Eh bien ! Messieurs, le fruit « de mon travail, cette fortune en perspective, je les partage « avec vous. Cinquante pour cent du chiffre d'affaires seront « attribués à l'Ecole. Vous n'aurez donc pas à regretter d'avoir

« contribué au succès de cet appareil, car il est devenu pour « vous, un *Appareil de sauvetage !*

« Maintenant que je vous ai sauvé, laissez-moi pleurer de « bonheur !... »

M. P... n'entendant pas le bruit d'applaudissements auxquels il croyait avoir droit, sentit ses larmes se tarir d'étonnement.

O ! ingratitude ! O...dontotechnie? Loin de le remercier, ces dentistes sans entrailles l'invectivèrent énergiquement et il ne dut son salut qu'à la fuite !

Le brave homme, froissé dans ses sentiments les plus chers, est tombé dans un état de prostration anesthésique. On espère l'en tirer, grâce aux bons traitements et aux soins affectueux qu'il reçoit dans une maison de santé bien connue de la rue Richer.

Moralité : Faites du bien à un vilain
Il vous... crachera dans la main.

Ed. LOWENTHAL, D. E. D. P.

REVUE DE L'ÉTRANGER

CONGRÈS DES DENTISTES DES QUATRE PAYS SCANDINAVES

Tenu à Copenhague du 31 Juillet au 3 Août 1884.

Le Cercle des Dentistes de Copenhague avait convoqué tous ses confrères de pays scandinaves à un Congrès devant continuer les traditions de bonne confraternité dont le Congrès de Stockholm avait donné l'exemple. Plus de cent praticiens répondirent à l'appel du Comité d'organisation. Nos confrères du Nord sont arrivés à un état d'organisation que nous souhaiterions de voir chez nous, et le Congrès de Copenhague est le sixième de ce genre.

Le Dr Hagenge, de Copenhague, présidait la séance d'ouverture. Le Président d'honneur était le Dr Bensow, de Gotheborg.

L'ordre du jour était des plus intéressants et une discussion sur l'iodoforme fut surtout remarquable. Dans les trois séances qui suivirent, nous noterons une démonstration de la méthode d'aurifications de Herbst, de Brême, par l'auteur. Une présentation des nouveaux appareils du Dr Telschow.

Une exposition des produits nouveaux en Art Dentaire y était jointe.

Voici l'ordre du jour :

1° Perfectionnements à la pompe à air chaud et au marteau pneumatique de Telschow, par J. Miller, de Berlin.

2° Perfectionnements aux daviers parallèles, par J. Miller, de Berlin.

3° Appareil pour le traitement des dents affectées de périostite, par A. Zdarill, de Prague.

4° Perfectionnements aux pièces de prothèse, par Ch. Hommersly, de Londres.

5° Présentation d'un tour à fraiser, par le Dr Mauhart, de Berlin.

6° Présentation d'une machine à vulcaniser de Campbell, de Paris.

7° Présentation d'un nouveau, fauteuil par Schallenmuller, de Berne (Suisse).

8° Appareils en nickel doublé, en maillechort et or recouverts de caoutchouc, par le Dr Telschow, de Berlin.

9° Présentation d'un articulateur, par Wilh de Lech, de Hambourg.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

D. — *M. le Rédacteur, dentiste de province, je voudrais savoir comment on peut se faire inscrire comme élève de l'École dentaire de Paris? Comment on peut en obtenir le diplôme?*

R. — Les détails vous sont donnés par les circulaires annuelles de l'École, le Secrétaire général et le Secrétaire correspondant vous donneront par lettre tous les renseignements supplémentaires dont vous auriez besoin. Quoique cela, voici le résumé des conditions d'entrée à l'École et d'obtention de son diplôme.

1° Pour se faire inscrire en première année, on doit : être depuis plus d'un an dans la profession, subir un examen d'entrée, fournir les papiers établissant les conditions d'âge et de situation, s'engager par écrit à obéir aux règlements et à acquitter l'intégralité des droits.

2° Pour se faire inscrire en deuxième année, on doit avoir subi avec succès l'examen de première année, ou être en situation de bénéficier des dispositions transitoires qui accordent jusqu'en 1886, aux dentistes exerçant depuis plus de huit ans, de se faire inscrire d'emblée en deuxième année.

Pour obtenir le diplôme, on doit avoir subi avec succès l'examen général comprenant des épreuves pratiques et des épreuves orales et la rédaction d'une dissertation. Les épreuves pratiques consistent en un diagnostic, un traitement, une

obturation avec substance plastique, une à l'or adhésif, une à l'or mou, une extraction sur un malade anesthésié, une pièce de prothèse faite en loge et une épreuve de dissection.

Les examens théoriques portent sur l'anatomie et la pathologie buccale, l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique dentaires y compris la dentisterie opératoire et la prothèse.

La dissertation est faite en loge et sur un des sujets indiqués d'avance par le corps enseignant et tiré au sort par les candidats.

La note 6 est la note très bien et la note 0 ou très mal obtenue par l'un des candidats sur n'importe qu'elle partie de l'examen est éliminatoire. De même, la somme des notes doit être supérieure à la moitié du maximum pour obtenir le diplôme. Ce diplôme, preuve de capacité professionnelle, ne s'obtient pas à prix d'argent. Et le montant des droits, trois cents francs par année, est dû, non pour le diplôme, mais comme indemnité des frais d'enseignement.

NOUVELLES

Les examens d'entrée à l'Ecole Dentaire de Paris auront lieu le lundi 27 Octobre à 8 heures.

La réouverture des Cours aura lieu le lundi 3 Novembre.

Le registre d'inscription est ouvert et on est autorisé à se faire inscrire dès maintenant chez le Secrétaire correspondant, ou au local de l'Ecole rue Richer, 23.

L'aide-mémoire du chirurgien-dentiste sera mis en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes, le 10 octobre.

Démonstration théorique et pratique de l'emploi du maillet électrique, par M. Holtz, D. D. S., le mercredi 10 septembre, à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris.

CONCOURS

Un concours aura lieu à l'Ecole Dentaire de Paris le jeudi 23 octobre 1884, pour la nomination d'un chef de laboratoire de prothèse.

Un concours aura également lieu pour la nomination d'un professeur suppléant du cours de pathologie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris ; ce concours se fera au mois de Décembre.

Tous les dentistes peuvent prendre part à ce concours. Pour les conditions, écrire au Secrétaire général, M. Godon, 7?, Boulevard Haussmann.

ERRATUM.

Examen de juillet session 1883-84.
Examen fin de 1re année :
MM. Cazeaux 28 points.
Breyer 25 points 3/4.
Dufour 24 points 1/2.
Ont été admis à suivre les cours de deuxième année.

25824. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 4. Paris, 1er Octobre 1884 N° 10.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR OCTOBRE 1884.

TRAVAUX ORIGINAUX

ABLATION DES PARTIES MOLLES ET OSSEUSES DU MENTON

PAR UN COUP DE FEU.

—

PROTHÈSE DE LA BOUCHE

Mémoire lu en séance à l'Académie de Médecine
(Rapport favorable par M. MOREAU)

—

Par C. DELALAIN, Dentiste, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

I.

Aujourd'hui, l'art du dentiste par les résultats qu'il a fournis, a démontré qu'il est le complément de plusieurs opérations chirurgicales qui s'appliquent à la bouche et que très souvent il suffit seul pour en réparer les désordres congénitaux, ou accidentels. Nous sommes heureux de figurer parmi ceux qui ont prouvé que l'art dentaire a aussi pour but de corriger, autant que possible les difformités résultant des pertes de substance, en rendant possible, ou plus aisé l'exercice de la mastication des aliments et de la pronon-

ciation, fonctions compromises par ces mêmes pertes de substance, au moyen d'appareils masquant au besoin ces déformations hideuses qui rendent la vie insupportable aux malheureux qui en sont porteurs.

Mais il y a quinze ans, et même moins, pour arriver à ces résultats, quelles étaient les règles, les moyens, les méthodes, les systèmes qu'il fallait employer? Ah, c'est ici que le fond manquait et qu'il fallait reconnaître toute la difficulté qu'éprouverait un modeste dentiste voyageur qui, créateur en quelque sorte de la science qu'il exerçait en province, voulait essayer à Paris, sa ville natale cependant, de se mesurer avec les sommités de la profession dont la notoriété étrangère incontestable aux yeux des médecins traitants, leur assurait le privilège de donner leurs soins d'ailleurs désintéressés, auxmutilés des mâchoires de la guerre si néfaste à notre pays.

On le sait, les professeurs d'appareils et d'opérations des écoles de médecine de France, ne s'occupent même pas encore de la question de la bouche, de sorte que les lois de la prothèse buccale et faciale n'ont pas toutes été retirées des observations que l'on a déjà recueillies relativement à cette question, il faut donc être indulgent pour un des novateurs et reconnaître que les tentatives qui sont faites dans la publication des observations de ces grandes restaurations de la bouche et de la face n'ont, presqu'encore, d'autres guides, quelquefois que les ressources de l'initiative et des conceptions personnelles.

Croyons-nous donc par devoir professionnel et pour cimenter le trait d'union qui déjà existe parmi les dentistes, apporter encore une fois notre concours au sujet de cette étude que nous supposons être nouvelle; nous l'avons appliquée à d'autres fractures de la mâchoire, qui ont été pour nous une répétition dont nous avons profité pour corriger les défauts qui pouvaient subsister dans le mécanisme chirurgical, et nous avons redressé les petites imperfections que l'usage nous a fait reconnaître bien ultérieurement à notre présentation à l'Académie de médecine.

En 1870, comme nous le disions, sans aucune notoriété professionnelle, à Paris (d'ailleurs comme aujourd'hui), il nous fut permis à nos risques et périls, d'essayer, tant était grand le nombre des mutilés des mâchoires, d'apporter des restaurations artificielles à quelques-uns de ces dégâts affreux que l'art du chirurgien n'avait pu, malgré l'habileté et les soins dévoués, faire disparaître complètement. Nous nous mîmes dans les ambulances et les hôpitaux et avec les conseils des médecins traitants, à des études sérieuses, pour nous livrer dans la suite, à des tentatives passionnées pour obtenir quelque chose avec nos appareils, et c'est alors que nous avons eu le grand avantage de comprendre que nous avions besoin de connaissances anatomiques pour tout ce qui regardait la tête; ce que nous commençâmes d'acquérir en vue de l'avenir.

Nous eûmes donc la satisfaction, d'apporter aussi un faible tribut de soulagement aux misères buccales des malheureux, mais braves défenseurs de notre pays.

Dans la séance du 26 mars 1872, nous présentâmes pour la première fois à l'académie de médecine, (1) un des mutilés pour lequel nous avons tenté d'utiliser nos aptitudes, c'est de ce blessé et principalement du système de prothèse buccale que nous avons appliqué et que nous allons mettre sous vos yeux, que nous osons vous entretenir, laissant de côté les petits changements ultérieurs apportés les années suivantes par suite du travail de cicatrisation ou perte de dents naturelles, ayant nécessité quelques petites modifications à la pièce dentaire supérieure.

Nous ne sommes pas capable de vous présenter malheureusement une thèse savante, nous avons trop conscience de notre position pour être prétentieux au sujet de cette prothèse; aussi nous bornerons-nous exclusivement à vous fournir de simples explications sur l'adptation et son mécanisme, d'ailleurs très simple comme fabrication.

---

(1) Notre seconde présentatiou à l'Académie rapporte à l'artilleur Moreau (24 Septembre 1879), mémoire publié dans l'Odontologie, n° de Juillet 1882 et suivants.

II.

Le sujet de ce mémoire est un nommé Rouland, ex-soldat au 91e de ligne, dont un coup de feu enleva une portion osseuse de la mâchoire, ayant produit une ablation à peu près complète de la hauteur du maxillaire inférieur supportant onze dents; après la cicatrisation on lui proposa une opération qui consistait à mettre d'abord en place, une pièce prothétique servant en quelque sorte de moule naturel. Puis on aurait appliqué sur la face externe d'un prolongement en caoutchouc vulcanisé, les lambeaux autoplastiques de droite et de gauche qui se réuniraient pensait-on, favorablement, et prendraient en se cicatrisant la forme du menton donnée au prolongement. Comme le bénéfice de cette opération n'était pas certain, il s'y refusa, et ultérieurement se produisirent des brides cicatricielles très vicieuses, avec une difformité épouvantable.



BLESSURE

La bouche est remplacée par une vaste cavité délimitée en bas par la gorge et sur les côtés par les lambeaux des joues, laissant la langue à peu près pendante, et les glandes salivaires sublinguales donnant lieu à un flot continu de la salive, objet d'épuisement pour le mutilé.

A l'intérieur de la bouche, les portions restantes du maxillaire inférieur supportent à droite, trois molaires y compris celle de sagesse, à gauche, deux seulement.

La gustation des aliments est conservée, mais sans l'appareil, il ne peut avaler ces derniers, qu'en s'imposant la position du décubitus dorsal, leur mâchonnement même est impraticable en raison de la mobilité des deux fragments du maxillaire inférieur, dont les dents molaires ne correspondent plus avec celles de l'arcade dentaire supérieure. En effet, elles se portent, soit en dedans de cette arcade, soit en dehors, se plaçant près du sillon gingival, entre la joue et la gencive les ulcérant par leur frottement.

La prononciation n'est compréhensible sans l'appareil, que s'il appuie de ses mains les deux branches restantes de la mâchoire inférieure, de façon à donner à la langue un point d'appui, lui permettant de diriger la projection de l'air.

Si ce jeune et intéressant militaire avait dû vivre dans cet état, il eût été l'objet d'une compassion, voire même d'une répulsion bien amère pour son existence ; malgré les nombreux essais dévoués et surtout très désintéressés de plusieurs habiles praticiens, il quittait sans aucun appareil l'hôpital du Val-de-Grâce, après plus de 6 mois d'un séjour pour lui bien anxieux. Notre système prothétique étant repoussé, nous ne reculâmes devant aucun obstacle, et entraîné par un sentiment humanitaire et artistique, sacrifiant nos intérêts personnels au perfectionnement et au relèvement de notre art, suivant en cela l'impulsion déjà donnée par des confrères, nous n'hésitâmes pas alors à nous déplacer pour suivre en province le malheureux qui d'abord avait été confié à nos soins, et que sans causes appréciables on nous retirait. Deux mois après, nous le présentions, comme c'est le droit de tous, à l'Académie de Médecine muni de ses appareils, et c'est avec eux

qu'il est rentré et qu'il vit à peu près heureux dans ses foyers.

Qu'espérions-nous faire pour ce brave malheureux lorsque nous le suivîmes en province, et qu'avions-nous fait pour lui lorsque nous le présentions au contrôle de l'Académie de Médecine ?

Toute opération chirurgicale ayant dû être abandonnée soit à cause de son refus formel, soit quelle fût impraticable, ce qu'il ne nous appartenait pas d'apprécier, car dans un hôpital le médecin traitant est seul chef de son service ; toutes tentatives de prothèse ayant d'un autre côté été jusqu'alors infructueuses. — Nous le répétons, que pouvions-nous espérer ?

Nous espérions beaucoup obtenir du système prothétique dont l'idée première avait été mal comprise, parce que nous parlions de prendre notre point d'appui au dehors.

Mais la première règle pour poser un dentier ou une pièce dentaire quelconque, celle à laquelle nous nous conformons tous consiste, vous le savez, à rechercher ce point d'appui à l'intérieur le plus immuable et naturel possible.

Dans la circonstance actuelle, cela ne pouvait être puisque la base nous faisait défaut, c'est alors que nous parlâmes de nous appuyer sur le sommet de la tête.

Cette idée, après un examen très sommaire, fut immédiatement condamnée.

On trouvait, en effet, et on essaya six mois durant cette solution de problème, que dans l'intérieur de la bouche, la voûte palatine et l'arcade dentaire devaient fournir des adhérences convenant parfaitement. Tel n'était pas notre opinion, car par suite de la perte des incisives la déformation ovalaire du palais s'accentuait et nous nous demandions si cette déformation ne provenait pas à la fois soit de la déviation des deux branches du maxillaire inférieur qui, dans le repos, se portaient en chevauchant (figure n° 3) sur la face externe des molaires supérieures, ou bien d'un ébranlement que les os maxillaires pouvaient avoir subi lors du coup de feu. Aussi nous songions devoir consolider cette voûte palatine,

bien loin de penser à la prendre comme base, et point d'appui.

Nous ne concevions pas en effet qu'une pièce dentaire adhésive à la voûte et soutenue par des anneaux d'or entourant les dents, pourrait avoir assez d'adhésion pour maintenir en suspension et sans glissements le dentier artificiel inférieur ; et résister en même temps aux mouvements provoqués par la mastication des aliments.

Les dents naturelles auxquelles on aurait imposé un pareil effort auraient bientôt cédé et disparu. Mais de plus en prenant nos points d'appui sur la voûte et sur les molaires restantes de la mâchoire inférieure, en supposant qu'il fût assez solide et sans danger pour elles, on aurait rencontré des difficultés insurmontables pour imaginer et construire un menton à cuvette que l'on supposait viable, qui serait appliqué intérieurement, tout en étant capable d'être logé dans les anfractuosités si inégales que représentaient les lambeaux frangés de la lèvre inférieure.

Aurait-on pu ainsi empêcher la perte de salive qui aurait toujours filtré entre les cicatrices inodulaires et la pièce dentaire inferieure ?

L'application combinée des procédés chirurgicaux et des moyens prothétiques aurait-elle réussi ?

Nous croyons qu'il est douteux qu'avec le tissu cicatriciel qui existait au bas et sur les côtés de l'ouverture buccale, on pût parvenir à quelque chose de définitif. Du reste ici nous confessons encore une fois notre incompétence, quant aux procédés pratiqués à l'aide du bistouri.

D'un autre côté les objections que l'on opposait à l'idée que nous avions de prendre le sommet de la tête comme pivot de notre prothèse, étaient-elles sérieuses?

Elles sont contenues dans les observations qui nous étaient faites : « Notre système ne devait pas être pratique, il serait pour « le mutilé ennuyeux et même d'un désagrément trop visible, et « devait avoir des conséquences ultérieures funestes. »

Le temps a prouvé combien ce pronostic fâcheux et décourageant était peu fondé, notre blessé peut manger, n'a plus

rien d'aussi repoussant dans la face, et n'a nullement été incommodé par son appareil.

Fixé sur le point d'appui, nous nous demandâmes ensuite à quels inconvénients il fallait parer, à quelle déformation nous devions obvier, quel était le but que nous devions aussi nous proposer !

Ce qu'il y avait de plus dangereux à notre avis dans l'état du mutilé, c'était :

1° *Avant tout l'écoulement de la salive sur le cou, qu'il fallait arrêter pour obtenir ensuite, au moyen du rapport des dents, un moyen si faible qu'il fût pour commencer la mastication des aliments ;*

2° *Protéger les muqueuses palatines et les gencives supérieures contre les pressions et le frottement exercés par les molaires inférieures déviées de leur rapport naturel, par suite de l'ablation osseuse.*

3° *Éviter la tendance qu'avait la voûte palatine à se former en ogive.*

4° *Faciliter le jeu de la langue au sujet de la prononciation des lettres dentales.*

5° *Enfin, masquer toute la mutilation, l'appareil, et l'élargissement désagréable de la face.*

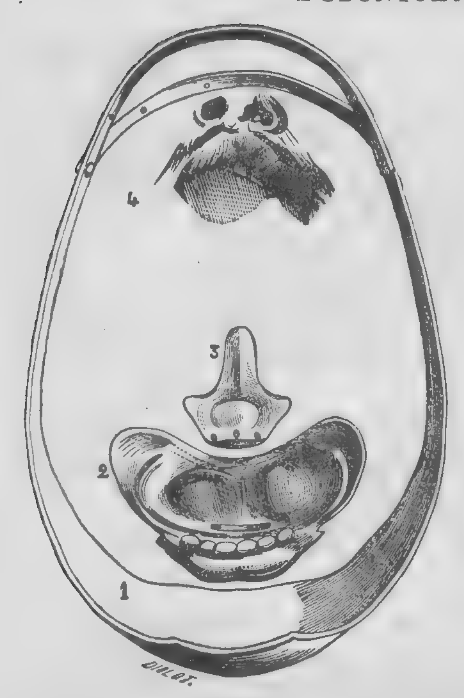
Tels étaient les problèmes complexes incombant à notre prothèse et que nous avions à résoudre.

III

Comment nous nous sommes opposé à l'écoulement continuel de la salive ?

Tout d'abord, il nous parut nécessaire de supprimer une cravate haute formée par une serviette bourrée de charpie appliquée au-dessous de l'ouverture buccale ; cette sorte de tampon ne servait qu'à conserver l'absorption partielle de la salive et à entretenir depuis longtemps sur la gorge, une humidité constante, et nécessairement fort nuisible à la cicatrisation définitive.

Nous remplaçâmes ce bandage, aussi désagréable qu'il était inefficace, par l'appareil suivant :



N° 1, Caoutchouc mou. N° 2, Cuvette obturatrice recueillant la salive. N. 3, Suçoir salivaire présenté en suspension et horizontalement. N. 4, la blessure.

Une mentonnière en caoutchouc fabriquée (1) d'après notre dessin n° 1, fig. 2, formant godet sous l'ouverture buccale, elle recueillait le fluide salivaire qui restait bien moins en contact avec les lambeaux des joues.

Lorsque le creux de la mentonnière était plein, une simple pression du pouce avec l'index ramenait la salive sur la langue.

Cette mentonnière provisoire servait aussi à masquer partiellement la blessure, et elle se reliait sur le sommet de la tête, par une double prolonge ; soutenant au besoin les deux appareils n° 2 et 3. Quant à l'appareil qui devait recueillir la salive et faciliter d'une manière permanente son absorption, en quelle matière devons-nous le fabriquer ? Quelle forme devait-il avoir ? Devions-nous le mouler sur les anfractuosités intérieures de la bouche et faire en sorte de l'y loger entièrement, ou bien construire un obturateur reposant sur la région mentonnière ? Nous nous sommes arrêté à ce dernier

(1) M. Villiard, fabricant d'instruments de chirurgie en caoutchouc, qui nous prêta son concours.

procédé, et nous prîmes le moulage en plâtre des parties externes destinées à recevoir son application.

La matière que nous avons choisie, est le caoutchouc apprêté par nos fournisseurs. Dans ce cas particulier, on ne saurait méconnaître ici les avantages de cette substance si utile dans les applications de notre art de dentiste.

1° Le caoutchouc vulcanisé est mauvais conducteur de la chaleur, il ne laisse donc pas perdre le calorique de la salive réchauffant mieux alors sur son passage l'air froid du dehors inspiré.

2° Son inaltérabilité est absolue, inattaquable par les acides qui peuvent se rencontrer dans les aliments et les boissons ordinaires.

3° Sa pesanteur est minime, et son contact avec les muqueuses cicatrices, etc., n'est pas irritant comme celui de l'or, du platine ou de l'argent, métaux qui sont toujours exposés à une certaine action galvanique. De plus, ajusté aux parties latérales de certaines dents naturelles, il leur sert de soutien sans les user.

Ceci dit en passant, parce qu'il faut rendre à chacun la part qui lui revient (surtout à nos fabricants spéciaux), la question qui nous préoccupait le plus sérieusement, était de savoir, comme on nous l'affirmait, si la pièce pourrait être impunément logée dans l'intérieur de la bouche.

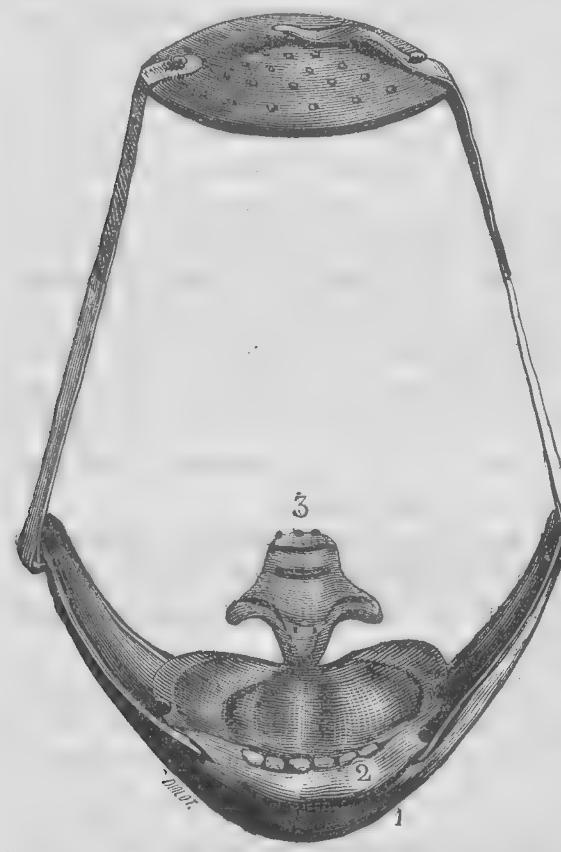
Déjà nous avons fait observer l'irrégularité des parois de cette cavité qui rendait cet ajustement si difficile.

De plus, l'inclinaison du haut en bas, et d'arrière en avant du plan qui constituait le plancher sublingual, était trop accentuée, pour permettre qu'un appareil quelconque pût arrêter l'écoulement de la salive sur sa pente.

Du reste cet appareil, réduit de la sorte à de minimes proportions et ainsi encastré, aurait dû exercer en tous sens sur les parois et les bords de la blessure formée presqu'en entier, par du tissu cicatriciel inodulaire, une pression constante et dangereuse.

L'appareil une fois appliqué, aurait dû rester en place presque constamment, à cause de la difficulté de le replacer par le blessé et, pour ce motif, nous avons cru que nous atteindrions

mieux notre but, c'est-à-dire d'arrêter à son passage l'écoulement de la salive sur la gorge ; en plaçant un obturateur disposé de manière à pouvoir s'appliquer sur la face externe des lambeaux latéraux inférieurs de l'ouverture, ramenant autant que possible les extrémités encore odulaires de la lèvre gauche vers l'intérieur. Il importait même que cet obturateur d'un nouveau modèle fît une légère saillie au milieu de l'ouverture buccale, qu'il formât enfin un réservoir destiné en quelque sorte à pouvoir emmagasiner la salive recueillie par lui.



N° 1. — *Menton en argent repoussé au marteau de bois, fixé sur la tête par la calotte, il se trouve au besoin masqué par une partie de barbe postiche se confondant avec la naturelle des joues.*

N° 2. — *Cuvette obturatrice avec lèvre et dents artificielles.*

N° 3. — *Suçoir salivaire formant plancher pour soutenir la langue.*

N° 4. — *Calotte pivot du système, ayant son point d'appui sur le sommet de la tête.*

Nota. — *Pour aider à l'intelligence du texte et afin de faire apprécier ce détail, nous avons cru devoir faire représenter les dessins par superposition. La cuvette n° 2, horizontalement avec surélévation de 6 millimètres, laissant voir le réservoir de sûreté formé par le menton en argent n° 1. Le suçoir salivaire n° 3,*

placé perpendiculairement, va tomber sur la cuvette pour servir de soutien à la langue.

Nous nous sommes efforcé d'obtenir cette disposition par la pièce n° 2.

Tout à fait au centre et comme arrière-fond se trouve le réservoir salivaire, limité de chaque côté par deux légères saillies longitudinales qui représentent jusqu'à un certain point le plancher formé par les glandes sublinguales, elles pénètrent dans l'intérieur de l'ouverture buccale et séparent (Pl. n° 1) les deux lambeaux inférieurs qui sont aussi soustraits dans leur latéralité, alors désunie, au contact incessant de la salive.

Ce qui se trouve en dehors de ces deux saillies et que nous appelons les ailes de l'obturateur, s'applique très exactement sur la face externe des joues pendantes, les ramenant en dedans, et empêchant par là tout écoulement sur la gorge; de salive, boissons, aliments liquéfiés, etc. En avant, nous avons complété cette pièce par une rangée de dents artificielles devant lesquelles nous avons placé une lèvre postiche très légère dont nous démontrerons brièvement tout à l'heure l'utilité.

Cette pièce, la base de notre système, remplissait presqu'en partie le premier but que nous nous proposions d'atteindre : *Arrêter toute perte de salive au dehors.* (1)

Mais la langue du mutilé, en parfait état de conservation n'étant plus soutenue par le plancher buccal, était naturellement entraînée par son propre poids en bas, ce qui provoquait chez lui une cause de fatigue.

D'un autre côté lorsqu'il voulait s'emparer de la salive pour humecter sa langue, il était comme il nous le démontra, contraint en quelque sorte de happer cette salive contenue

(1) Nous avons publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 100, 1er sept. 1883, une observation similaire, s'appliquant à un même appareil dentaire qui permet au malade, au moyen de tubes salivaires disposés *ad hoc* de faire disparaître par succion et par déglutition, la sécrétion salivaire qui s'écoulait au dehors et qui, baignant d'une façon continue les bords de la plaie buccale, s'opposait à la cicatrisation définitive. Nous nous proposons d'en publier la description.

dans le réservoir salivaire. Après plusieurs tâtonnements, comme on le comprendra, inévitables, nous avons cru, pour apporter un soulagement, devoir adopter à l'obturateur formant la cuvette (pièce n° 2), une pièce accessoire (n° 3).

Cette dernière recouvre le réservoir qui contient la salive, en servant de plancher d'appui à la langue, et laissant filtrer le fluide entre ses bords et la pièce n° 2, elle plonge horizontalement dans le réservoir, à l'aide de trois tubes capillaires qui viennent s'ouvrir presqu'à l'extrémité antérieure de la pièce pour se terminer dans le réservoir du plan incliné.

Cette extrémité qui aboutit à la pointe de la langue par la prolongation des trois tubes salivaires, forme en arrière une courbe afin de rendre, tout comme si le blessé tenait une cigarette dans les lèvres, la succion de la salive plus aisée, et afin aussi de diminuer encore quelque peu l'ouverture de la bouche reconstituée, facilitant de la sorte l'entendement de la parole; car sans son appareil il ne peut se faire comprendre, mais à présent son éducation à ce sujet est faite.

Cette pièce est, nous le croyons, une innovation qui pourra être un jour employée et, sans aucun doute, avec perfections dans des cas analogues de mutilations graves de la région mentonnière, et remplacer alors avec avantage les mentons artificiels en argent contenant comme ceux que nous avons vus à l'Hôtel des Invalides, des éponges ou des réservoirs se vidant toutes les heures (1).

(Suite et fin au prochain numéro.)

LE MAILLET ÉLECTRIQUE

Par Ch. HOTZ, d. d. s.

L'emploi du maillet pour condenser les aurifications est relativement récent, et le Dr Merit de Pittsburg, semble être le

(1) *Le Musée de l'École du Val-de-Grâce possède aussi un menton artificiel* en métal s'appliquant à une ablation du maxillaire inférieur; il contient un dentier mobile dont les dents sont mises en rapports avec celles du maxillaire supérieur au moyen d'un mécanisme exigeant l'emploi de la main, (il n'empêchait pas l'écoulement salivaire). Nous n'en connaissons pas d'autres à Paris.

premier qui s'en servit; il ne l'employait que l'aurification terminée. Le Dr Atkinson dès 1860, en fit un emploi plus méthodique, en s'en servant pour la condensation de chaque parcelle d'or. Le maillet à main est resté dans notre arsenal opératoire, malgré son inconvénient, la nécessité d'un aide.

MM. Snow et Lewis supprimaient cet inconvénient en construisant le maillet automatique; leur brevet est de 1865. Depuis, par suite des perfectionnements apportés à leur modèle primitif, ils en ont fait un des plus précieux instruments du dentiste moderne. Et tous les aurificateurs s'en servent.

Dans les cavités franchement accessibles, ses coups sont assez rapides et peuvent atteindre jusqu'à 120 par minute. Mais dans des conditions moyennes, 60 coups peuvent être portés sur l'aurification à condenser. Un de ses inconvénients, est une sorte de vibration, le coup n'est pas amorti et écrasant comme celui donné par le maillet à main, par exemple.

M. le Dr Telschow a fait à la clinique de l'École Dentaire de Paris, une démonstration de son maillet pneumatique (1), et cela a semblé à l'examen rapide d'une seule expérience, un perfectionnement sur le maillet Snow et Lewis.

Des maillets de construction analogues ont été expérimentés avec avantages, tel le maillet Kirby.

Mais de l'avis des meilleurs opérateurs, le maillet par excellence, est le maillet électrique. M. le Dr Webb, dont la haute réputation comme aurificateur était généralement reconnue de l'autre côté de l'Atlantique, en était un des plus ardents défenseurs et il lui fit subir quelques perfectionnements.

Ce fut le Dr Bonwill qui conçut, le premier, l'application de l'électricité pour actionner un maillet, et qui lui donna sa forme. Les perfectionnements adaptés depuis, ont simplifié quelque peu le mécanisme, diminué le poids, sans changer rien d'essentiel, et le nom de cet éminent dentiste restera toujours associé au maillet électrique.

Pour en bien comprendre le fonctionnement, quelques explications préliminaires sont nécessaires. Nous sommes ici

---

(1) V. Odontologie, p. 243. Août 1884.

en présence d'une application de la force électro-magnétique, d'un moteur électrique ; un moteur bijou en quelque sorte.

Faraday découvrait en 1830, qu'il suffisait pour produire de l'électricité d'un aimant et d'un fil métallique. Toutes les merveilles de l'électricité dynamique étaient en germe dans cette découverte de science pure, et les machines Gramme, le télégraphe et toutes les machines électriques fournissant de l'énergie mécanique, en découlent : ainsi l'instrument que nous avons à décrire et à apprécier.

Le principe est celui-ci : *Un cylindre de fer doux se transforme en aimant quand on fait passer un courant électrique dans les fils de cuivre qui l'entourent. La puissance attractive cesse brusquement, lorsque le courant est interrompu, elle reparaît de même avec le rétablissement du courant.*

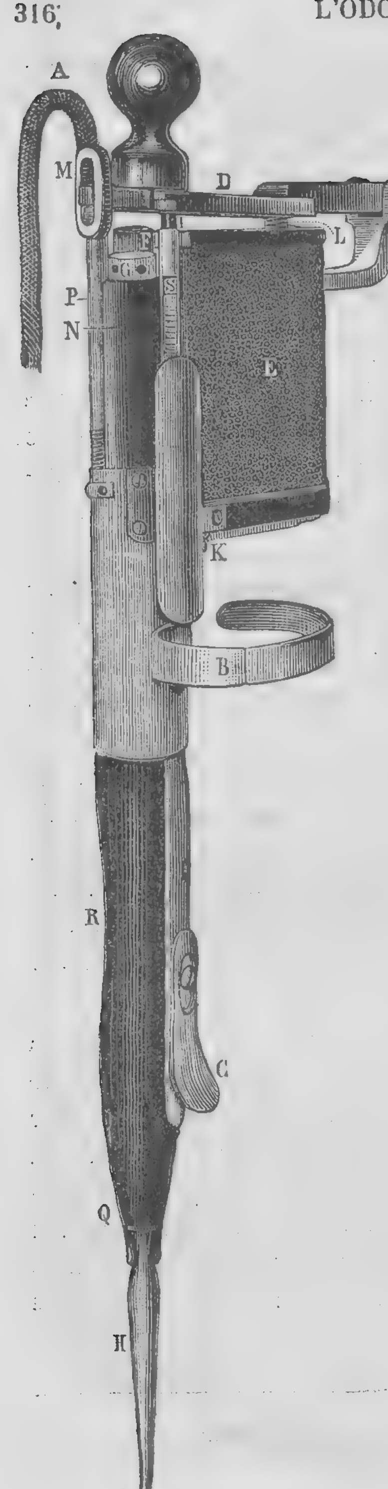
En utilisant les conditions de ce phénomène, on peut donc attirer et refouler un morceau de fer ou d'acier selon la force de l'électro-aimant. Il suffira pour cela, d'avoir un courant électrique et une disposition de l'instrument interrompant le courant, le rétablissant de même.

Un des meilleurs livres de vulgarisation scientifique qui ont été publiés ces dernières années le dit d'une manière saisissante (1) « Imaginez une palette de fer placée en regard d'un « électro-aimant et maintenue à petite distance par un ressort. « On fait passer le courant, la palette est attirée ; on l'inter- « rompt, le ressort ramène la palette à sa position première. « Voici facilement un mouvement de va-et-vient. »

Cela est applicable au maillet électrique, les mouvements ci-dessus s'y exécutent et de la même façon. L'électricité produite par une pile Bunsen, amenée par le cordon A sur l'électro-aimant placé dans une enveloppe en cuir E, l'action du courant attire l'armature D qui frappe indirectement sur l'extrémité du manche du fouloir. La figure ci-après montre non seulement les pièces et les mouvements essentiels que nous venons d'expliquer, mais encore l'ensemble et les détails de l'instrument.

---

(1) L'électricité et ses applications par Henri de Parville.



A Câble amenant le courant électrique.

B Bague dans laquelle l'opérateur passe son doigt.

C Glissoir établissant par une simple pression du doigt le courant.

D Armature attirée par l'électro-aimant.

E Électro-aimant, recouvert de cuir.

F Piston en caoutchouc durci recevant le coup de l'armature et communiquant le mouvement au fouloir.

G Vis réglant la force du coup.

H Fouloir traversant dans toute sa longueur le maillet et recevant le mouvement du piston F.

I Interrupteur du courant.

K Point où le courant est interrompu.

L Ressort à boudin relevant l'armature le coup donné.

M Tampon en caoutchouc durci amortissant le bruit de l'armature.

N Ressort ramenant l'interrupteur du courant électrique.

P Barre de fixation.

R Ouverture de l'étui en vulcanite qui recouvre en partie le fouloir.

Q Ressorts placés de chaque côté du fouloir et empêchant sa vacillation.

Si nous ajoutons que deux couples d'une pile Bunsen (1) suffisent pour fournir de l'électricité pendant une semaine (dans des conditions moyennes de travail), nous aurons parlé des choses principales servant à faire agir l'instrument.

Sans contredit, il est le meilleur type de maillet. Et en effet il a pour avantages :

1° De faciliter la graduation des coups qui peuvent être rendus aussi doux qu'il est nécessaire. Pour les dents aux parois amincies, il est sans égal et le risque de les briser est beaucoup moindre qu'avec les autres maillets ;

2° Ses coups sont plus rapides et une notable économie de temps en résulte ; de 4 à 500 par minute.

3° La détente étant fournie par l'électricité, l'opérateur n'a qu'à conduire son instrument. Le Dr Webb le comparaît à un crayon avec lequel on appuie ou on n'appuie pas selon la force du trait qu'on veut obtenir. Donc économie de fatigue ;

4° Le patient supporte mieux la condensation exécutée par cet instrument que par le maillet automatique ;

5° Son maniement est des plus faciles, ses frais d'entretien minimes, son fonctionnement régulier et peu susceptible de dérangements qui, du reste, sont aisément réparables.

Il a déjà été parlé dans ce journal à propos de l'ingénieux injecteur de M. Barbe, du rôle de l'électricité en dentisterie opératoire. Nous pouvons aussi lui demander la condensation des obturations. La perfection du travail, l'économie de temps et de fatigue en résulteront pour le plus grand bien de l'opéré et de l'opérateur.

---

(1) Cette pile est composée de deux vases entrant l'un dans l'autre ; le vase intérieur est poreux. Dans le premier et plus grand vase une lame de zinc épais et roulé en cylindre est placée, c'est le pôle négatif. Un liquide composé d'eau et d'acide sulfurique agit sur le zinc et le décompose. Dans le vase intérieur une solution d'acide nitrique entoure le charbon.

Nous nous servons d'une pile de Bunsen modifiée et le bichromate de potasse est substitué à l'acide nitrique, dont voici la composition dans le vase poreux : On dissout 250 grammes de bichromate de potasse dans un litre et demi d'eau et on ajoute, après refroidissement, 300 grammes d'acide sulfurique.

Dans le vase en porcelaine, (celui ou est le zinc) la solution est de 1 partie d'acide sulfurique et 9 d'eau.

En employant 4 couples, on en charge deux chaque semaine, ainsi on a toujours une force régulière et on n'a pas à craindre les interruptions.

Le 10 Septembre 1884, M. le Dr Hatz a fait une démonstration pratique de l'emploi du maillet électrique au milieu d'une nombreuse assistance.

La cavité d'une 2e petite molaire supérieure droite fut préparée et aurifiée séance tenante.

L'aurification assez volumineuse et d'accès difficile fut terminée en trois quarts d'heure, par les autres moyens elle eût demandée une heure et demie.

Cette opération brillamment exécutée intéressa fort les assistants et le Dr Levett remercia au nom de l'École le Dr Hatz de son excellente démonstration.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE SULFO-CARBOL
(ACIDE ORTHOXYPHÉNYLSULFUREUX)

SES PROPRIÉTÉS ANTIFERMENTESCIBLES ET ANTISEPTIQUES

Communication faite à la séance du 14 Juin 1884

Par M. F. VIGIER, Pharmacien.

En ce moment, où tous les jours on découvre de nouveaux microbes morbides, alors que l'on voit presque partout des maladies d'origine parasitaire, produites par des microbes venus du dehors et même par des microbes venus du dedans, il est intéressant de signaler toutes les substances antiseptiques et désinfectantes qui peuvent détruire ces germes, sans que leur emploi donne aux médecins la moindre crainte de nuire à leurs malades

Tel est l'acide orthoxyphénylsulfureux, sur lequel je me permettrai aujourd'hui d'attirer l'attention en signalant au corps médical ses propriétés antiseptiques, antiputrides et antifermentescibles.

I

Pour plus de facilité de langage, j'appellerai ce corps *sulfo-carbol*, nom qui indique très bien qu'il est le résultat de la combinaison de l'acide sulfurique et de l'acide carbolique.

Laurent est le premier qui, en 1841, indiqua que les acides sulfurique et phénique, en se combinant, donnent un acide sulfoconjugué. Depuis, un grand nombre de chimistes, Berthelot, Kekulé, Bardy et Dusart, Solommanoff, Menzner, Gondard, etc., se sont occupés de cette question et ont montré qu'il existe trois acides sulfoconjugués du phénol ; ces trois isomères (ortho, méta, para) ne jouent pas le même rôle et ne possèdent pas les mêmes propriétés.

Il existe plusieurs procédés pour préparer l'acide oxyphénylsulfureux, ceux de Omar Guy, Prescott, Menzner, Solommanoff, Creuse, etc. Dans chacun, les proportions d'acide sulfurique et d'acide phénique sont différentes. Aussi quand on les emploie, faut-il avoir soin de saturer tout l'acide sulfurique resté libre et également ne pas avoir un excès d'acide phénique.

Des trois acides oxyphénylsulfureux (ortho, méta, para), un seul, l'ortho, jouit de propriétés antiseptiques, désinfectantes remarquables et tout à fait supérieures.

Soluble dans l'eau en toute proportion, il n'est ni caustique, ni toxique comme l'acide phénique, ainsi que nous allons le montrer. Cet acide, maintenu quelque temps au-dessus de 100 degrés, se transforme presque entièrement en acide para, lequel est inerte comme antiseptique.

Or les chimistes Omar Guy, Menzner, Prescott, etc., ont conjugué le phénol et l'acide sulfurique entre 100 et 140 degrés. Il n'est donc pas surprenant qu'aucun de ces expérimentateurs n'ait soupçonné les puissantes qualités antiseptiques exclusives à la modification ortho.

Pour obtenir le sulfo-carbol, c'est-à dire l'acide ortho, il faut donc empêcher l'élévation de la température. Pour cela on mélange à froid équivalents égaux d'acide sulfurique concentré et d'acide phénique, on sature l'excès d'acide par le carbonate de baryte, de telle façon que la liqueur filtrée ne précipite ni par l'eau de baryte, ni par l'acide sulfurique, et on concentre à basse température ou mieux dans le vide. On évite ainsi la formation de la modification para et on a de l'acide ortho très actif.

Solommanoff considère l'acide oxyphénylsulfureux comme un éther de l'acide sulfureux et lui attribue la formule

$$C^{12}H^{4}\left\{\begin{matrix}S^{2}O^{6}H\\HO^{2}\end{matrix}\right..$$

On peut assimiler le sulfo-carbol à de l'acide salicylique devenu soluble ; c'est en quelque sorte un succédané de cet acide, et il est d'autant plus intéressant de le mettre en lumière que la théorie ne prévoit pas d'autre monophénol acide et et soluble dérivant de la benzine bisubstituée.

L'acide salicylique n'est autre que l'acide ortho-oxybenzoïque; or ses isomères, les acides méta et para-oxybenzoïques, ne différant de l'acide salicylique que par la position de CO, OH vis-à-vis de OH phénolique, n'ont qu'une énergie antiseptique presque nulle.

Si, dans les modifications précédentes, on substitue SO^2, OH à CO,OH, on a les trois acides oxyphénylsulfureux.

Gerhardt, et après lui Naquet, ont démontré la parfaite analogie des corps dans lesquels le radical sulfuryle SO^2 remplace le radical carbonyle CO. De plus, ces savants ont considéré l'acide orthoxyphénylsulfureux comme un acide salicylique dans lequel SO^2 est substitué à CO.

La formule atomique de l'acide salicylique étant :

$$C^6H^4,OH(^1),CO,OH(^2),$$

celle du sulfo-carbol sera :

$$C^6H^4,OH(^1),SO^2,OH(^2).$$

Cet acide se comporte en effet, en face des réactifs, exactement comme de l'acide salicylique; le perchlorure de fer donne la même réaction. Il est aussi un antiseptique plus énergique, sans doute à cause de sa grande solubilité.

Le sulfo-carbol, à la température ordinaire, est un liquide sirupeux (densité 1,400), d'une teinte rose-œillet; d'une odeur piquante, mais non désagréable comme celle du phénol et qui disparaît presque complètement en solution ; vers 8 à 10 degrés au-dessus de zéro il cristallise en aiguilles et forme une masse compacte qui se liquéfie à une légère chaleur; chauffé avec précaution sur une plaque, dans un vase au bain-marie ou

dans l'eau bouillante, il se volatilise et peut servir en fumigations; si on élève la température, il distille vers 130 degrés, puis se décompose, et il reste du charbon, Il forme des sels cristallisés avec un grand nombre de corps : la potasse, la soude, la chaux, le mercure, le fer, le plomb, le bismuth, etc. Fondu avec un excès de potasse ou de soude, il se produit de la pyrocatéchine identique à celle du cachou; avec la chaux on a des sulfones analogues aux acétones.

II

Malgré des études préliminaires sur l'urine, la levure de bière, des expériences faites sur nous-mêmes et sur quelques personnes de notre entourage, nous avons tenu, avant de proposer l'application du sulfo-carbol à la médecine humaine, à nous rendre compte de ses effets sur les animaux. Depuis quelques mois, sous la direction de M. le docteur Laborde, nous avons fait dans son laboratoire, qu'il met toujours si gracieusement à notre disposition, une série d'expériences sur des chiens, des lapins, des cobayes, des grenouilles, d'une part, et de l'autre, au point de vue antiputride, antiseptique et antifermentescible, sur des urines, de la levure de bière, du sang, des muscles d'animaux, des grenouilles mortes, etc.

Il résulte de nos expériences que, par la voie stomacale, nous avons pu administrer, dans l'espace d'une demi-heure, en solution de 5 grammes pour 100 centimètres cubes d'eau, jusqu'à 10 grammes de sulfo-carbol à un chien pesant 16 kilogrammes, et $7^{gr},50$ à un chien de 7 kilogrammes, sans que ces animaux aient éprouvé ni convulsions, ni malaise appréciable. A l'autopsie la muqueuse de l'estomac du premier chien ne présentait rien de particulier, quoiqu'on lui ait donné plusieurs jours de suite du sulfo-carbol. Cette dose peut être augmentée à la condition d'étendre les liqueurs; autrement des vomissements, à bave coagulée, peuvent se produire ; on connaît, il est vrai, avec quelle facilité le chien vomit. Ainsi un chien, du poids de 10 kilogrammes, qui venait de manger de la viande et auquel nous avons donné 10 grammes de sulfo-carbol dans 100 centimètres cubes d'eau, a eu, au bout

d'une demi-heure, des vomissements de bave, puis d'aliments à aspect blanchâtre. La digestion a été entravée par la propriété coagulante de cet acide ; quelques instants après, le chien avait repris son allure ordinaire.

Dans tous les cas, malgré des doses élevées, on ne voit aucun changement appréciable dans leur état de santé, leur vie habituelle, leur appétit, etc.

Enfin nous avons pris nous-même sous forme de limonade, dans un litre d'eau, différentes doses de sulfo-carbol; nous en avons absorbé ainsi, par petites fractions, jusqu'à 10 grammes par jour, sans éprouver aucun inconvénient. Nous ajouterons même qu'à la dose de 5 à 6 grammes par litre on a une limonade agréable.

Il en est bien autrement si l'on administre dans les mêmes conditions de l'acide phénique. On connaît, d'après les travaux de M. P. Bert, les désordres produits par cette substance qui, à la dose de 3 grammes pour 50 d'eau, introduite dans l'estomac, produit des convulsions violentes, de forme clonique, avec troubles respiratoires graves, rapidement suivis de mort.

Avec le sulfo-carbol rien de semblable : pas de convulsions, les urines restent limpides et le perchlorure de fer décèle la présence de cet acide, même lorsqu'il a été pris à faible dose, 50 centigrammes à 1 gramme. Nous ajouterons que les urines se conservent bien et que l'acide urique se dépose rapidement.

Dans le but de rechercher la dose et les effets toxiques, nous avons introduit immédiatement la substance dans le sang, au moyen de l'injection intraveineuse. Afin d'éviter l'action coagulante, nous nous sommes servis, en premier lieu, d'une solution très étendue à 1 pour 100.

Or, sur un petit chien du poids de 7 kilogrammes, celui-là précisément qui a pu absorber par l'estomac, sans présenter le moindre trouble appréciable, $7^{gr},50$ de notre produit, nous avons introduit par la veine, dans l'espace de trois quarts d'heure environ, en injections successives de 1, 3 et 9 centimètres cubes à la fois, jusqu'à 15 centigrammes de sulfo-carbol, sans produire d'autres phénomènes qu'un peu d'agitation et d'accélération des battements du cœur à la suite de chaque injection.

L'animal est demeuré bien portant après cette première épreuve. Recommencé deux jours après, le même chien est resté réfractaire à l'injection intraveineuse, répétée à un quart d'heure de distance, de 10 centimètres cubes à la fois de la même solution à 1 pour 100, c'est-à-dire à 20 centigrammes du produit, introduits presque d'emblée dans la veine.

Essayant alors une solution plus concentrée à 2 pour 100, laquelle exerce une action coagulatrice manifeste sur le sang hors de ses vaisseaux, nous avons poussé, toujours dans la veine et d'emblée, 6 centimètres cubes de la solution, ce qui portait à 12 centigrammes la dose du principe actif, et, à part l'agitation habituelle et les accélérations passagères de la respiration et des battements du cœur, nous n'avons observé aucun accident fonctionnel notable.

Enfin, poussant l'essai plus loin, nous nous sommes adressés à une solution plus concentrée de 20 grammes pour 100 ; de telle sorte que 1 centimètre cube représentait 20 centigrammes de principe actif. Or l'injection intraveineuse pratiquée sur un chien du poids de 15 kilogrammes a pu être poussée, en l'espace de 40 minutes environ, jusqu'à la dose de 10 centimètres cubes, soit 2 grammes de sulfo-carbol, sans donner lieu à d'autres accidents que les phénomènes fonctionnels jusqu'à présent observés et signalés par nous, savoir : agitation accompagnée de cris plaintifs, accélération et irrégularités des battements du cœur et des mouvements respiratoires, salivation abondante et spumeuse, etc., tous phénomènes qui prenaient, à la vérité, une intensité croissante, à chaque augmentation de la dose injectée.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉ

L'ENFANCE DE L'ART

LE MAL DE DENTS CHEZ LES JAPONAIS

J'ai trouvé récemment dans un récit anecdotique du voyage autour du monde entrepris, en 1856 par M. le duc de Pen-

thièvre, et dont le journal a été scrupuleusement tenu par le comte de Beauvoir, une recette aussi curieuse qu'exotique contre l'odontologie.

J'ai pensé qu'une collection de ce genre pourrait présenter quelque intérêt historique à la profession, et je m'empresse de vous envoyer un extrait de celle-ci avec un rapprochement dont vous sentirez la valeur !

Je me crois forcé de donner d'abord une particularité des mœurs religieuses asiatiques fort en honneur à Java, Singapoor, Siam, etc., dont voici la grande maxime : (Ne pas s'inquiéter de la bonne Divinité, puisqu'elle est bonne par son essence, mais apaiser la mauvaise qui pourrait nuire.) — Or, au Japon, à Yeddo, existe le temple d'Asaxâ, temple fameux ne contenant pas moins de trente-trois mille trois cent trente-trois Divinités. Je laisse ici la parole à l'auteur. — « Deux « d'entre elles sont en grand honneur : à l'une, les jeunes « femmes viennent demander la faveur d'avoir un fils et non « une fille et apportent un coq en offrande, les prêtres mangent le coq, et le Dieu, dit-on, se charge du reste ; l'autre, « représentée par cinquante tableaux, les plus bizarres représentent : *Le Dieu du mal de Dents !* — Les patients viennent « lui offrir leur obole, puis mâchant et remâchant une boulette de papier jusqu'à consistance de mastic ; ils la projettent sur un des tableaux avec une adresse incomparable, « car le tableau quoique très haut suspendu devenait tout « blanc. Le pèlerin avec sa boulette a-t-il envoyé son mal..... « au Dieu ? — Il s'efforce du moins de le croire, et il se « retire avec la conviction d'être guéri. »

Ceci se passait le 1er mai 1857, jour de marché pour la ville, et ces tableaux comptaient près de 4,000 adorateurs.

Sans entrer dans des considérations sur la fréquence de cette affection qui a frappé l'auteur, nous pouvons remarquer qu'à côté du grotesque, le fond de cette cérémonie fait, par l'excitation masticatoire, saliver très abondamment le patient.

En France, vers la même époque, un glorieux chimiste connu pour ses théories parasitaires autant que pour ses déboires politiques, faisait paraître annuellement une brochure de médecine populaire, dans laquelle il donne un moyen

présentant une certaine analogie, quant au fond, c'est de pencher la tête en avant et saliver autant que possible.:... Quand ce moyen n'avait pas réussi à calmer la douleur dentaire, il donnait comme le plus puissant des dérivatifs... une goutte d'urine introduite dans la dent cariée, ajoutant avec toute la bienveillance dont il était susceptible à l'égard des docteurs et des dentistes contemporains, que si ces derniers connaissaient les qualités anesthésiques de cet agent, ils le vendraient au poids de l'or après en avoir déguisé l'odeur et le nom à leurs clients.

Si d'aucuns critiquent le mode exotique de guérison japonaise, je me range complètement à leur avis, mais de celui du chimiste, docteur malgré tout et tous, *qu'en ferons-nous?*

G. BUGNOT, D. E. D. P.

BIBLIOGRAPHIE

Le Dr Bremond à qui nous devons un excellent livre de littérature médicale,

Rabelais, Médecin,

vient de publier un excellent petit traité d'hygiène, et nous ne saurions mieux en parler que ne le fit le Dr Chereau en présentant le livre à l'Académie de médecine.

Extrait du Compte Rendu

de l'Académie de Médecine.

Séance du 6 mai 1884.

Présentation d'ouvrage.

« M. Chereau : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de l'auteur, M. le Dr Félix Bremond, ce gros et beau volume de près de 700 pages et qui est orné de 244 figures intercalées dans le texte. Il a pour titre : *Hygiène usuelle ; entretiens familiers sur la santé.* C'est assez dire son but. M. Bremond a voulu réunir en un volume les leçons toutes familières qu'il a données à l'Association polytechnique, où il y

a des auditeurs variés, des villageois, des citadins, des bourgeois, des pauvres, des riches, des jeunes, des vieux, des femmes et des hommes. On déplore avec raison les publications trop nombreuses des « ouvrages de médecine mis à la portée de tout le monde », qui font plus de mal que de bien. Mais il est bon, il est honnête d'initier le public à toutes ces questions d'hygiène qui se présentent à chaque pas, qui touchent à tous les actes de la vie, et dont la connaissance et la rigoureuse observation sont une garantie contre la maladie. Un tel programme demandait une plume aisée, un langage sans pédanterie, l'anecdote qui déride, la saveur de la littérature Je puis dire que M. Bremond a complètement réussi. »

L'ouvrage est en vente à la librairie H. LAUWEREYNS, G. STEINHEIL Sr, 2, rue Casimir-Delavigne, 2.

LIVRES.

Aide-mémoire du chirurgien-dentiste publié sous le patronage de l'École-Dentaire de Paris, par MM. Paul Dubois D. E. D. P.; Dr Aubeau et Louis Thomas.

Traité de l'Art du Dentiste, *de Chapin Harris-Austen, traduit et augmenté par le Dr Andrieu*, 2e édition. J.-B. Baillère.

Codex Medicamentarius, Pharmacopée française rédigée par ordre du Gouvernement, chez Masson.

Dental Medicine A Manual of Dental Materia Medica and therapeutics for practitio ners and students by Ferdinand. *J. S. Gorgas*, chez Blakiston. Philadelphia.

A. System of oral surgery par Garrettson, 4e édition. Lippincott and Co Philadelphia.

THÈSES. — De l'épithélioma, du plancher de la bouche. *Faure.*

— De l'étiologie du scorbut dans les prisons. *Mercier.*

— De l'emploi du tube Faucher après les opérations pratiquées sur la langue. *Humbert.*

— De l'ostéo-periostite consécutive à la fièvre typhoïde. *Turgis.*

— Sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. *Lemarchand.*

— Sur la pathogénie des névralgies. *Quermonne.*

THÈSES. — Sur les ostéomes sous-périostiques. *Nanu.*
— L'acide borique et ses applications thérapeuthiques. *Baumfeld.*
— De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote. *Jaillet.*
— Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeuthiques de la paraldéhyde. *Coudray.*

Traitement du bec de lièvre simple et compliqué. *Denise.*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

23, RUE RICHER, 23

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du Mardi 17 Août 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Demandes d'admission d'élèves pour l'École.

Adoption de la brochure annuelle avec ses modifications.

Le Conseil décide la création de bourses à l'École, dans les conditions suivantes :

Article Premier. Des bourses entières ou partielles pourront être accordées par le Conseil de Direction à tout élève dentiste qui, par suite d'une situation difficile, se trouverait dans des conditions à ne pouvoir payer les droits d'inscription.

Art. 2. Les demandes de bourses devront être adressées au Conseil de Direction avec pièces justificatives à l'appui.

Art. 3. Le candidat devra subir l'examen d'entrée dans de bonnes conditions. S'il profite des dispositions transitoires, il devra également subir un examen spécial (examen d'entrée avec épreuve de prothèse).

Art. 4. Le Conseil de Direction se réserve le droit de supprimer la bourse à tout élève dont la conduite ou l'assiduité à l'École ne donnerait pas toute satisfaction.

Art. 5. Le nombre des bourses à accorder est fixé chaque année par le Conseil de Direction.

Le règlement intérieur de la Société civile de l'École est également adopté (1).

M. Viau donne lecture au nom de la Commission spéciale de son rapport sur le concours pour la nomination d'un chef de laboratoire de prothèse. Ce rapport est adopté.

Le Dr Thomas est nommé bibliothécaire de la Société. – M. Dubois, sous-bibliothécaire.

---

(1) Voir la cinquième brochure annuelle de l'École.

Le Secrétaire rend compte de la réponse de la Préfecture de la Seine relativement à la proposition faite par l'École, de soigner les enfants des écoles communales de Paris. — La Préfecture de la Seine accepte.

Le Conseil décide qu'il sera nommé, cette année, des démonstrateurs de première année. Ils seront autant que possible pris parmi les anciens diplomés, et en tenant compte des points obtenus à l'Examen général.

Ils devront avant leur nomination prendre l'engagement d'être à la disposition de l'École pendant au moins deux ans.

Le trésorier annonce la souscription de 100 francs, pour l'École de M. Guérin, de Moulins.

Des remerciements lui sont adressés.

Adoption de diverses autres mesures administratives.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

Comme témoignage de la valeur de ses travaux scientifiques, de son enseignement et de sa coopération aux progrès de l'Art Dentaire en France, M. le Ministre de l'Instruction publique vient de décerner à M. le Dr David, professeur de pathologie spéciale à l'École Dentaire de Paris, les palmes d'officier de l'Instruction publique. Nous sommes heureux de cette marque d'estime pour la profession, pour l'Ecole et pour notre distingué confrère.

Nous apprenons que les Drs Quinet, Cerf et Rosenthall organisent une Association de Dentistes en Belgique. Nous sommes heureux de voir la rénovation professionnelle suivre un mouvement ascendant en Europe. Que nos courageux confrères reçoivent nos félicitations et nos encouragements sympathiques. Nous entretiendrons nos lecteurs des résultats accomplis chez nos voisins du Nord.

Au mois de janvier de l'année prochaine paraîtra à Saint-Pétersbourg le premier et l'unique en Russie journal odontologique surnommé « SOUBOWRATCHEBORG WIESTNIZ » (*Messager odontologique*), qu'on éditera en russe, en quantité de 2-3 feuilles par mois. Le nouveau journal, qui sera destiné pour les médecins particulièrement et pour les dentistes spécialement, a le but de faire connaissance au public russe avec le progrès contemporain de l'art dentaire et avec le perfectionnement de la technique dentaire-médicale et d'ouvrir ses pages au développement des questions scientifiques, qui se rapportent à cette spécialité. Tous les articles qui sont prédestinés à ce journal, en langue russe et étrangère doivent être adressés au rédacteur, docteur en médecine, W. W. Mafimow.

Prix d'abonnement : 3 roubles par an.

Les abonnements et les annonces, dans toutes les langues, sont reçus chez l'éditeur A. P. Sinitzin, Saint-Pétersbourg, Neosky, 75.

Inventions. — Perfectionnements. — Outillage. — Fournitures.

Ressorts caoutchouctés.

Quel est celui de nous qui n'a eu à constater les inconvénients des ressorts chez les personnes portant la première fois un dentier.

On le sait : le frottement du fil en spiral est tout d'abord mal supporté et des excoriations, tout au moins une gêne, en sont la conséquence forcée. Le durcissement de la muqueuse assure peu de temps après un fonctionnement parfait; mais le dentiste a subi des récriminations dont il n'est pas la cause, et il a dû donner de longues explications, perdre un temps précieux pour persuader à son client que le temps établira bientot l'accoutumance. Depuis longtemps on s'était ingénié à diminuer cet inconvénient sans toutefois le faire disparaître.

La dissolution de gutta-percha, celle de caoutchouc s'écaille et se détache; le tube de caoutchouc glissé sur le ressort est préférable, mais là encore le plissement, la rupture du caoutchouc, la difficulté d'avoir des tubes du même calibre, sont autant de petits obstacles pratiques qui font placer le plus souvent le ressort non recouvert.

MM. Contenau et Godart ont voulu remédier à cet inconvénient et faire un ressort doux à la muqueuse, souple à l'usage. Ce résultat ils l'ont atteint d'une manière bien simple, en revêtant le ressort d'une couche de caoutchouc qu'ils vulcanisent à une faible température. L'élasticité du ressort n'en est pas diminuée, il en devient même plus souple, moins susceptible de se fausser. L'occlusion parfaite que ce revêtement produit empêche qu'il ne devienne un réceptacle de produits alimtaires ainsi que cela se fait actuellement.

Mais l'avantage principal consiste surtout en ceci : La suppression du frottement métallique sur la muqueuse, la tolérance des ressorts établie d'emblée.

Ce perfectionnement d'une grande simplicité est appelé au plus grand succès, et nous sommes convaincus que leur usage se généralisera bientôt, le ressort fait seulement de métal ira retrouver avant peu les ressorts d'acier qu'employèrent nos devanciers de la fin du XVIII siècle avant la découverte que fit Fronzi des ressorts à boudin.

Nous apprenons que des lettres anonymes ou portant une fausse signature sont adressées à des élèves de l'Ecole Dentaire par une dame étrangère qui, après avoir échoué aux premières épreuves de l'examen général, se croit autorisée à diffamer une institution qui n'a pas voulu lui donner un diplôme à prix d'argent. Les personnes qui lui servent de prête-nom ne sont pas toutes à l'étranger et leur responsabilité civile sera invoquée.

NÉCROLOGIE

Nous empruntons à un de nos meilleurs journaux médicaux français, l'*Union Médicale*, la relation de la maladie et le résultat de l'autopsie du

corps d'un de nos confrères que les « hasards de l'existence », ainsi que dit M. Trélat, avait transplanté à Constantinople après avoir exercé à Paris, M. Sorlin Dorigny.

Au dire de son médecin (1), M. S. D. « ajoutait aux charges et devoirs professionnels, des travaux sur l'archéologie, la politique et les spéculations financières. Donnant toute sa journée aux travaux de sa profession, il consacrait ses nuits à l'étude, n'interrompant son labeur que pour accomplir de longues promenades nocturnes, et ne réservant au sommeil qu'un nombre d'heures très restreint. » Un ictère, en 1866, à la suite de fatigues et d'émotions diverses ; hypocondriaque depuis quelques années, tels étaient les antécédents du malade quand il vint trouver le Dr Millingen, le 19 mai 1884 pour une diplopie ; le 21 mai on constata une légère anesthésie de la lèvre inférieure, le 22, faiblesse des extrémités n'empêchant pas la marche, le 23, la marche est devenue impossible, le 24, perte de l'appétit, de la parole, le soir, il est posé dix sangsues à l'anus, le 25, état somnolent avec aphasie cmplèteo, le 26, amélioration passagère ; mort à 8 heures du soir.

L'auteur de cette observation nous apprend « que des commentaires « dramatiques ne manquèrent pas sur cet événement. Des assertions mal- « veillantes de confrères tendirent à faire croire que la mort était due au « traitement mal dirigé par les médecins européens. » L'autopsie si rarement pratiquée en Orient, permit de faire justice de ces imputations diverses, en établissant la vérité scientifique sur la mort de notre regretté confrère, en même temps qu'elle apporte une contribution intéressante à l'histoire de la physiologie de l'encéphale.

« Notre compatriote avait donc succombé à un ramollissement circons- « crit, consécutif à une thrombose survenue par le fait d'une endartérite. »

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

La cinquième séance annuelle d'inauguration des cours de l'Ecole Dentaire de Paris et la distribution des récompenses aux élèves de l'année 1883-1884 aura lieu le Jeudi 30 Octobre. Le Conseil tiendra à la disposition de nos confrères, des cartes d'invitation pour ceux de leurs amis (Membres du corps médical, de la presse, etc.) qui voudraient bien assister à cette cérémonie.

S'adresser au Secrétaire de l'Ecole, rue Richer, 23.

La réouverture des cours aura lieu le Lundi 3 Novembre.

Le registre d'inscription est ouvert et on est autorisé à se faire inscrire dès maintenant chez le Secrétaire correspondant, ou au local de l'Ecole rue Richer, 23.

(1) *Union Médicale*, 14 septembre 1884.

Les examens de la session d'Octobre auront lieu le 8 Octobre et jours suivants.

Les examens d'entrée auront lieu le 28 Octobre.

Le banquet des diplômés de l'Ecole Dentaire aura lieu le Vendredi 31 Octobre, dans les salons Notta, 2, boulevard Poissonnière.

Le Conseil de Direction de l'Ecole a décidé dans sa dernière séance, afin de compléter le programme du *Cours préparatoire* qu'il serait, à partir de l'année scolaire 1884-85, organisé de la façon suivante :

COURS THÉORIQUES. — Eléments de Physique, de Chimie et de Mécanique, — Histoire naturelle, — Eléments d'Anatomie et de Physiologie.

CLINIQUE. 1er Semestre : Assistance à la Clinique tous les matins.
— 2e — Nettoyages de la bouche.

Les droits du cours préparatoire restent fixés à 200 fr. pour l'année.

PROTHÈSE. — Les élèves du cours préparatoire seront admis à suivre le cours pratique de Prothèse du matin en ne payant que 100 fr. au lieu de 300 fr. pour ledit cours.

CONCOURS

Un concours aura lieu à l'Ecole Dentaire de Paris le Jeudi 23 Octobre 1884, pour la nomination d'un chef de laboratoire de prothèse.

Un concours aura également lieu pour la nomination d'un professeur suppléant du cours de pathologie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris ; ce concours se fera au mois de Décembre.

Tous les dentistes peuvent prendre part à ces concours. Pour les conditions, écrire au Secrétaire général, M. Godon, 72, boulevard Haussmann.

Par suite des modifications apportées à l'organisation de la Clinique, quelques postes de démonstrateurs sont vacants à l'Ecole Dentaire de Paris. Les dentistes qui désireraient remplir cette fonction, sont priés d'adresser une demande au Secrétaire général.

QUESTIONS & RÉPONSES

Toute demande de renseignements par lettre doit être accompagnée d'un timbre-poste.

D. Les membres de l'Association générale des Dentistes de France doivent-ils le prix de l'abonnement au journal ?

R. Non. Le service du journal est compris dans le prix de leur cotisation annuelle. Les abonnés qui veulent faire partie de l'Association ou qui en seraient de droit, sont priés d'en aviser l'administration du journal, afin d'éviter les erreurs ou les doubles envois.

ERRATUM

Une erreur de mise en page a fait omettre au procès-verbal de la séance du 15 *Juillet* 1884, *de la Société d'Odontologie de Paris, les réflexions de M. Godon.* Nous les rétablissons :

M. Godon. — Nous sommes heureux de féliciter M. Pillette de son intéressante communication, ainsi que des excellents résultats qu'il a, par son procédé, obtenus avec l'aluminium.

Nous sommes certains que si par ce procédé, il est facile de faire rapidement dans des conditions aussi satisfaisantes des appareils comme ceux qui nous sont présentés ce soir, l'aluminium, s'il ne détrône pas complètement les autres substances, sera certainement très employé en prothèse dentaire pour la fabrication des pièces artificielles, vu ses nombreuses qualités; ainsi M. Pillette aura par sa découverte, rendu un grand service à notre profession, ce dont nous le remercions. (Applaudissements)

AVIS

L'Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste est en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Il a été expédié à tous les souscripteurs. Ceux d'entre eux qui ne l'auraient pas reçu, sont priés d'en avertir l'Administration du Journal.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'École de Médecine.

Prix broché. . 4 fr.
cartonné. 5

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontologique de Bruxelles.
Cosmos.
Dental Register.
Dental News.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Dental Jairus.
Practitioner.
The Saint-Louis Dental.
Repertorie Dental.
El. Progresso Dental Habana.
L'Odontologia.
La France Médicale.
L'Abeille Medicale.
Le Concours Médical.
Bulletin Général de Thérapeutique.
Le Scapel de Liège.
Journal de Medecine et de Chirurgie.
Journal des Sciences Medicales de Lille
Archives générales de Médecine.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblatteur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
L'Union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Le Journal Médical.

25978. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 4. **Paris, 1er Novembre 1884** N° 11.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR NOVEMBRE 1884.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COMPTE RENDU

DE LA

CINQUIÈME SÉANCE ANNUELLE D'INAUGURATION

Présidence de M. PAUL BERT, Membre de l'Institut.

Le jeudi 30 octobre 1884, à huit heures du soir, a eu lieu dans le local de l'Ecole, 23, rue Richer, la cinquième séance annuelle d'inauguration de l'Ecole Dentaire de Paris, sous la présidence de M. P. Bert, membre de l'Institut.

Le Conseil de direction de l'Ecole Dentaire a été heureusement inspiré en inaugurant, depuis sa fondation, l'année scolaire par une séance solennelle, à laquelle est convié tout ce qui touche au mouvement scientifique.

Chaque nouvelle inauguration est pour l'Ecole l'occasion d'un succès publiquement constaté, et vient marquer, chaque fois, un pas en avant dans la voie du développement progressif de l'œuvre.

Cette année, la cérémonie a été particulièrement brillante. Dès huit heures, la grande salle des cours, splendidement décorée, était remplie par une très nombreuse affluence. On y remarquait des notabilités scientifiques, médicales, politiques, plusieurs députés, conseillers municipaux, journalistes, qui avaient tenu à marquer leur sympathie à l'œuvre et à écouter l'illustre savant. Il n'était pas sans intérêt, en effet, de voir M. Paul Bert, avec son autorité scientifique et politique, apporter aux Dentistes de France l'appui de sa présence et de sa parole dans l'œuvre de régénération professionnelle que seuls ils avaient entreprise.

Un événement destiné à exercer une certaine influence sur la marche de l'Ecole Dentaire, augmentait encore l'intérêt de cette cérémonie.

M. E. Lecaudey, qui depuis cinq ans exerçait avec un dévouement constant les fonctions de directeur de l'Ecole et à qui l'on doit en grande partie la prospérité de l'institution, se voyait obligé, par suite de l'état de sa santé, de résigner ses fonctions et de céder la place à son jeune confrère, le Dr David, qu'il devait présenter officiellement.

Le choix du Conseil de direction indique, en la circonstance, combien les fondateurs de l'œuvre, loin de vouloir former un groupe exclusif, fermé, étaient au contraire désireux de justifier leur beau titre d'*Association générale des Dentistes de France*, en appelant à eux tous ceux qui pratiquent l'art dentaire, à quelque groupe ou à quelque école qu'ils appartiennent.

En effet, le Dr David appartient à cette jeune et brillante école de Magitot, dont les travaux en odontologie sont justement connus et estimés en France et à l'étranger, et qui, jusqu'à ce jour, s'était tenue à l'écart de notre mouvement.

Espérons que sous cette nouvelle direction, tous les hommes de quelque valeur qui se sont abstenus, tiendront à honneur d'apporter aussi leur concours.

Du reste, l'œuvre a fait ses preuves.

M. E. Lecaudey prononce au début de la séance un discours dans lequel il retrace l'histoire de l'École et apprécie les résultats obtenus.

Fondée en 1879, grâce à l'initiative du *Cercle des Dentistes* et sous les auspices de la *liberté professionnelle*, l'institution a pris un rapide essor.

Trois cents dentistes ont offert plus de 50,000 francs de dons en argent ou en nature.

Deux cent cinquante dentistes sont venus de tous les points de la France et de l'étranger suivre notre enseignement spécial.

Quatre-vingts élèves ont, après des examens reconnus suffisants, obtenu le diplôme de l'École.

Vingt mille malades ont été soignés gratuitement à la Clinique.

Un journal professionnel, une société scientifique ont été créés, etc.

A l'énumération de ces immenses résultats obtenus en un temps si court, toute l'assistance éclate en applaudissements.

M. Lecaudey termine en présentant son successeur auquel, dit-il, il laisse la place sans regret, parce qu'il est sans inquiétude sur l'avenir, certain qu'en de telles mains l'institution ne périclitera pas.

De nombreux applaudissements prouvent à l'ex-directeur, combien l'auditoire approuve le choix du Conseil de direction.

M. le Dr David remercie M. Lecaudey des éloges qu'il lui a adressés. Constatant en outre l'état florissant dans lequel son prédécesseur lui laisse l'Ecole, il promet d'employer tous ses efforts à augmenter encore cette prospérité (applaudissements prolongés.)

M. Paul Bert prend alors la parole.

L'analyse ne saurait donner une idée de ce magnifique discours ; il faut le lire en entier, il eût fallu l'entendre.

Dans une brillante improvisation, M. Paul Bert, étonné des immenses résultats obtenus par l'initiative des Dentistes, applaudit à leurs efforts, comme savant, comme législateur et ajoute-t-il, comme client.

Il émaille son improvisation d'anecdotes fines et spirituelles, qui, toutes, apportent un appui à son argumentation. Parfaitement au courant de la situation des dentistes en France et des polémiques de ces cinq dernières années, il

apprécie avec l'indépendance la plus complète au double point de vue du législateur et du savant, les solutions proposées. — Les partisans de la réglementation, les adversaires de l'École sont assez malmenés; leurs arguments sont étudiés, réfutés, avec une logique serrée, implacable, basée sur des faits. — Aucune de leurs critiques n'est oubliée; elles sont pesées, discutées, retournées et finalement convaincues d'illogisme et d'inconséquence.

L'emploi des poisons, la pratique de l'anesthésie, le droit pour l'Ecole Dentaire de délivrer un *diplôme de chirurgien-dentiste*, droit qui fit l'objet d'une vive polémique..., tout enfin a été présenté, étudié et fermement établi.

Après avoir exprimé ses vœux, ses encouragements, la promesse de son concours, M. P. Bert ajoute, pour terminer, un souhait : l'installation de l'École Dentaire dans un édifice plus en rapport avec son but et ses résultats.

Inutile de dire avec quelle satisfaction les fondateurs de l'œuvre entendaient ce savant, cet homme éminent, député, ancien Ministre de l'Instruction publique, approuver chacune de leurs revendications, chacune de leurs luttes, donner pour chacun de leurs efforts ses félicitations, apporter pour toutes leurs aspirations ses vœux, ses souhaits. Aussi un véritable tonnerre d'applaudissements salue la magnifique péroraison de l'illustre maître que chacun, à l'envi, remercie et félicite.

Après Trélat, Verneuil; après Verneuil, Paul Bert; avec de tels parrains, une institution peut envisager l'avenir avec confiance et espérer.

M. le Dr Prengrueber, chirurgien des Hôpitaux, professeur à l'École Dentaire, prend alors la parole et fait une remarquable conférence sur les services que l'Art dentaire peut rendre à la chirurgie, et sur les rapports qui doivent exister entre le dentiste et le chirurgien. Dans ce discours, dont tout est à retenir, il passe en revue les services que les dentistes ont déjà rendus à la science et ceux qu'ils rendent aux malades directement par eux-mêmes, et surtout en étant les aides, les collaborateurs dévoués des chirurgiens.

Il rappelle combien, par l'inspection de la bouche, il peut souvent prévenir le malade des affections graves qui le

menacent et l'envoyer au chirurgien alors qu'il en est temps encore.

M. Prengrueber trace magistralement le rôle du dentiste, et justifie ainsi l'adjonction des sciences *accessoires* à l'enseignement technique de l'art dentaire, tel que le comprend le programme de notre École.

Ce discours qui est reproduit *in extenso*, ainsi que ceux de MM. Paul Bert, Lecaudey et David, est couvert d'applaudissements.

Le dévoué et zélé Secrétaire général, M. Godon, donne lecture de la liste des récompenses aux élèves de l'année scolaire 1883-84, ainsi que de celle des nouveaux diplômés de l'année.

M. Paul Bert remet les prix, qu'il accompagne de mots aimables à l'adresse de chacun des lauréats.

La séance est levée à dix heures.

Chacun se répand alors dans les diverses salles de l'École afin de visiter l'installation ; la rangée des 18 fauteuils d'opération, des tours à fraiser, la salle de dissection, le laboratoire d'anesthésie, de prothèse ; la bibliothèque, le musée, intéressent particulièrement les assistants.

Tous admirent ce que peut, pour l'intérêt général, l'initiative privée aidée d'un peu d'énergie et de dévouement, et quittent l'Ecole en pensant que pour les professions, comme pour les individus, le plus grand bénéfice est de faire ses affaires soi-même.

DISCOURS DE M. E. LECAUDEY.

Président de l'Association générale des Dentistes de France.

MESDAMES, MESSIEURS,

Voici la cinquième séance d'inauguration que j'ai l'honneur d'ouvrir dans cette Ecole.

Les années précédentes ont eu leur éclat particulier, rehaussé par la présence de nos présidents, MM. Trélat et Verneuil.

Aujourd'hui nous avons la bonne fortune de nous réunir sous le haut patronage d'un savant universellement connu, M. Paul

Bert. Non seulement il a bien voulu s'intéresser à notre œuvre, lui apporter ses sympathies, mais encore il fait des vœux pour notre succès, et nous laisse espérer pour l'avenir son puissant concours.

Qu'il veuille bien accepter en votre nom et au mien, l'expression publique de notre reconnaissance. Je vais maintenant vous rendre compte de mon mandat, et ce sera la dernière fois que je prendrai la parole en pareille circonstance, car pour des raisons que je vous exposerai tout à l'heure, j'ai demandé à être relevé de mes fonctions de Directeur de l'Ecole Dentaire.

Mais auparavant, permettez-moi de jeter un rapide coup d'œil sur l'histoire encore si courte de notre Ecole et sur nos travaux communs.

En 1879, l'art dentaire n'était exercé en France que par un certain nombre de praticiens dont les cabinets étaient autant d'écoles fermées, et où de rares adeptes pouvaient profiter des leçons du maître.

La grande majorité des élèves n'ayant aucun moyen d'instruction autre que leur propre expérience, arrivaient très lentement à acquérir les connaissances théoriques et pratiques, nécessaires à l'exercice de leur art. Comme conséquence, il résultait pour nous, vis-à-vis des dentistes étrangers, un état d'infériorité dont on s'est plaint maintes fois sans y apporter de remède.

C'est ce qui décida un certain nombre de dentistes à se grouper, à réunir leurs efforts pour améliorer cet état de choses.

Les débuts de cette entreprise furent difficiles. Différentes idées furent émises par des personnalités compétentes et toutes désireuses de faire prévaloir les leurs.

Un premier groupe proposa la réglementation de la profession par l'Etat et la création d'un enseignement et d'un diplôme officiel ; c'était beaucoup demander et s'exposer à attendre bien longtemps, ainsi que nous le disait plus tard M. Trélat.

Un deuxième groupe, partisan de la liberté d'exercice, sans s'inquiéter des autres solutions, sans s'attarder à de stériles discussions sans cesse renouvelées, et sans résultat, depuis

plus de cinquante ans, résolut de faire quelque chose : c'est ce groupe qui a créé notre Ecole Dentaire actuelle.

Un appel fut fait aux membres de la profession. Plus de trois cents confrères apportèrent leur concours moral et matériel. C'est avec ces ressources absolument privées que nous avons pu fonder :

1° Une Ecole comprenant un corps enseignant, choisi parmi les membres les plus distingués du corps médical.

2° Une clinique où près de 20,000 malades sont venus chercher des soins éclairés et gratuits qu'ils n'eussent pu trouver ailleurs.

3° Une société scientifique où sont rapportés par les praticiens et discutés, les faits les plus intéressants de la pratique de l'Art dentaire.

4° Un journal où sont consignés les documents et les faits nouveaux, apportés à la science odontologique.

Lorsque, en 1880, on vint m'offrir de diriger la première Ecole dentaire française, je ne pouvais penser qu'en 4 ans elle aurait à sen actif des états de service aussi brillants.

Par elle, Messieurs, le niveau moral et scientifique de l'Art dentaire en France s'est considérablement élevé.

En effet 250 dentistes, le cinquième des dentistes français, sont venus de tous les coins de la France pour suivre nos cours et constituent aujourd'hui une jeune pléiade de praticiens instruits.

Au début de cette année, nous avons créé gratuitement un service dentaire dans un orphelinat, placé sous la direction de Madame Camille Dorian. En outre, nous avons mis l'hôpital dentaire à la disposition de M. le Préfet de la Seine pour l'inspection et le traitement des enfants des écoles communales de la Ville de Paris. Dernièrement enfin, sous le patronage du Conseil général de la Seine, nous avons pu fonder un service dentaire dans les hospices d'aliénés du département.

Un de nos dévoués professeurs, M. Poinsot, a déjà commencé le service à Sainte-Anne.

Ainsi, vous le voyez, non seulement nous répandons l'instruction professionnelle, mais aussi nous développons notre œuvre charitable.

Lorsque les difficultés qui ont signalé nos débuts, se sont effacées devant l'expérience, lorsque chaque année permet d'enregistrer de nouveaux succès, nous pouvons nous dire, sans forfanterie, qu'il y avait dans nos principes quelque chose d'utile et de fécond ; que si nous n'avons pas atteint du premier coup la perfection dans la manière de les appliquer, nous n'avons jamais du moins perdu de vue notre but : être utile au public et à nos confrères.

C'est pour moi, Messieurs, un honneur que j'apprécie hautement, d'avoir été placé par vos suffrages à la tête de cette école et d'y être resté 4 ans.

A vrai dire, la direction a été chose facile. Les élèves m'ont toujours évité de sévir ; ils comprenaient qu'ils venaient ici pour apprendre, et ils travaillaient avec ardeur ; aussi n'avons-nous qu'à nous féliciter des résultats obtenus. Je crois pouvoir dire, sans trop m'avancer, que la moyenne des examens à toujours été satisfaisante.

Tous ceux qui ont obtenu notre diplôme, justifiaient les paroles de M. Trélat : « Ceux-là qui ont subi avec succès vos « examens définitifs, peuvent se présenter hardiment devant « le public ; leur instruction est suffisante pour qu'ils « puissent faire face aux exigences de la pratique et rendre « de véritables services. »

Comparez du reste le chiffre des étudiants inscrits et celui des dentistes porteurs de notre diplôme : vous verrez que les insuffisants ont toujours été éliminés. Nos diplômes, certificats de fin d'études si vous voulez, représentent des épreuves subies sérieusement et une moyenne de connaissances réelles.

A ceux qui veulent devenir nos élèves nous disons : « Venez « chercher chez nous l'instruction, mais n'y venez point pour « chercher de titre officiel. » Au public nous disons : « Vous « pouvez accorder votre confiance aux jeunes gens qui se « présentent à vous munis de nos diplômes, ils ont passé « de sérieux examens. »

Je vous demande pardon, Messieurs, de m'étendre avec complaisance sur ces souvenirs....... On n'oublie pas une période aussi mouvementée que les quatre années qui viennent de s'écouler, on est même heureux de se rappeler les luttes

soutenues et les difficultés vaincues. Oui, Messieurs, nous avons eu des difficultés à vaincre, des luttes à soutenir; les idées les plus simples, les plus logiques ne se font pas admettre sans qu'une grande somme d'activité, d'intelligence et de dévouement n'ait été dépensée. Et ces luttes étaient pour nous particulièrement pénibles, après la fatigue de nos journées de travail.

Mais l'École dentaire, arrivée à ce résultat, demandait une direction qui est aujourd'hui au-dessus de mes forces.

L'état de ma santé ne me permet plus d'apporter l'activité et l'énergie que je juge nécessaires à son développement; j'ai donc dû, dans l'intérêt de l'œuvre, céder la place à un homme plus jeune, plus actif et non moins dévoué.

Le jour où, malgré les instances des membres du Conseil, j'ai annoncé mon intention bien arrêtée de me retirer, un nom est venu spontanément sur toutes les lèvres, celui du Dr David. Ce praticien distingué a pour ainsi dire pressenti nos succès; il a eu confiance en notre œuvre dès ses débuts. Malgré l'opposition de l'école à laquelle il appartenait, il est venu à nous avec son nom, ses relations médicales et ses sympathies personnelles, auxquelles nous devons la bonne fortune d'avoir eu pour présidents de nos séances d'inauguration M. Trélat, M. Verneuil, M. Paul Bert.

Vous avez eu raison de compter sur son dévouement; son acceptation est aujourd'hui un fait acquis et c'est sous sa direction que l'Ecole Dentaire de Paris entre maintenant dans sa cinquième année d'existence.

Je puis, Messieurs, me porter garant de mon successeur; je suis sûr qu'entre ses mains l'Ecole ne fera que prospérer et s'accroître.

C'est un maître et un ami; vous connaissez son enseignement, vous savez avec quelle conviction il est attaché à nos principes, vous pouvez compter sur lui toujours et en toutes circonstances.

J'abandonne donc ce poste de directeur sans regrets, parce que je suis sans inquiétude sur l'avenir de l'Ecole.

Permettez-moi, pour terminer, de remercier les dévoués collaborateurs qui m'ont aidé pendant ces quatre années,

c'est-à-dire tous les membres du Conseil de Direction et tout particulièrement notre Secrétaire général, qui n'a cessé de donner à l'œuvre un concours puissant et désintéressé.

Merci à vous, Messieurs les professeurs, chefs de clinique et démonstrateurs, pour le dévouement et le zèle que vous avez mis à remplir vos fonctions.

C'est à vous que revient l'honneur d'avoir créé un enseignement qui n'existait pas en France et d'avoir facilité ainsi le développement scientifique de notre art. Ne conservant plus maintenant que la présidence de l'Association générale des Dentistes de France, je n'en continuerai pas moins d'apporter à notre mouvement de régénération le concours qu'il me sera possible de lui donner.

DISCOURS DE M. le Docteur Th. DAVID

Directeur de l'École

Je vous demande pardon d'interrompre pour quelques instants l'ordre du jour. Mais il s'agit d'un fait pour ainsi dire personnel.

En vous présentant son successeur à la direction de cette Ecole, M. Lecaudey a bien voulu m'adresser des éloges que je ne saurais accepter, ne les ayant point encore mérités.

Je le remercie néanmoins de la bienveillante sympathie qu'il vient de me témoigner et qu'il a essayé de vous faire partager. Mais ce dont je le remercie bien plus sincèrement encore, c'est de m'avoir fourni l'occasion d'exprimer publiquement ici et les éloges qu'il a, lui, si bien gagnés et toute la reconnaissance que nous lui devons.

Aux personnes étrangères, ici, à notre art, à celles-là seulement, j'ai besoin de rappeler les services de mon prédécesseur. Il fut un des fondateurs de cette association professionnelle qui élabora et conduisit à bonne fin la création de notre Ecole, la première née en France. Dans le cours de cette entreprise il eut à soutenir des luttes ardentes, dans lesquelles il dut souvent payer de sa personne, de son temps et de sa bourse. Mais rien ne lui coûta. Dévoué à l'œuvre, que sa haute situation professionnelle l'avait appelé à diriger,

il la poursuivit pendant quatre ans, avec un zèle infatigable. Nous pouvons en appeler au témoignage de ses collaborateurs de la première heure, qui, eux aussi, ont droit à une part de notre gratitude.

Aussi, pour qui connaît M. Lecaudey, la plus douce récompense de tous ses efforts, est, assurément, la situation brillante de notre Ecole.

Elle entre dans la cinquième année de son existence avec un registre d'inscription de 250 élèves, venus de divers points de la France et de l'étranger.—(*Combien de Facultés somptueusement entretenues n'en pourraient montrer autant.*) — Elle peut dès à présent rivaliser avec ses sœurs de l'étranger, dont notre art, par ce fait même, cesse d'être tributaire. Les sympathies, timides au début, lui affluent maintenant. A celles de maîtres éminents, comme les *Trélat*, les *Verneuil*, dont les preuves furent si éclatantes et que vous n'avez certainement pas oubliées, nous avons à ajouter aujourd'hui celles de *MM. Hérard*, de l'Académie de médecine, *Duplay*, *Brouardel*, professeurs, et *Pinard*, agrégé de la Faculté de médecine, *Pouchet*, du Muséum, de toutes les notabilités qui nous honorent ce soir de leur présence *MM. Gillette*, chirurgien des Hôpitaux, *Bouchereau*, médecin de Sainte-Anne ; les docteurs *Baudin*, *Boucheron*, etc., *MM. Robinet*, *Chautemps*, *Strauss*, *Leven*, conseillers municipaux, et enfin la plus haute, celle de notre illustre président *M. P. Bert*.

J'allais en oublier une, très lointaine celle-là, mais pleine d'actualité cependant. Veuillez regarder, sur notre table, cette magnifique défense avec une flatteuse dédicace, en caractères qui sont encore, pour nous autres Français, presque inconnus. C'est le roi d'Annam, le protégé de la République française, qui, par l'intermédiaire de notre représentant à Hué, le colonel Rehnard, a envoyé à notre école cette précieuse dépouille d'un de ses plus chers éléphants (*atteint probablement de périostite alvéolo-dentaire*). (Applaudissements.)

Telle est, Messieurs, la situation de l'œuvre à laquelle mon prédécesseur a consacré ses efforts. En présence de tels résultats, je crois devoir me faire l'interprète autorisé de tous vos sentiments, en assurant M. Lecaudey et ses collaborateurs, de notre profonde et reconnaissante admiration.

Cette prospérité actuelle et désormais assurée de l'École facilitera beaucoup ma tâche ; j'aurais été peut-être incapable de diriger votre organisation à ses débuts, mais maintenant je n'ai plus qu'à continuer les traditions laissées et à assister, pour ainsi dire, au développement de l'œuvre de mon prédécesseur. Je vous promets, au moins, de faire tous mes efforts pour ne pas la laisser péricliter, et pour la faire profiter des progrès qui ne manqueront pas de se produire dans l'enseignement en général et dans celui de notre art en particulier.

Permettez-moi, en terminant, de ne pas accepter pour moi seul la distinction que m'a offerte le Conseil de direction de notre école. En me choisissant comme président, il a voulu sans doute honorer en moi un homme dont je suis l'élève et à qui nous devons les premiers travaux véritablement scientifiques qui aient été écrits, en France, sur l'Odontologie. Laissez-moi donc exprimer le regret que l'auteur de ces remarquables travaux, M. Magitot, ne soit pas à cette place dont personne n'eût été plus digne que lui. (Applaudissements.)

DISCOURS DE M. Paul BERT.

Lorsque votre directeur, M. le Dr David, que je connais de longue date et avec qui j'ai eu, chez mon vieil ami Magitot, les relations les plus désagréables, comme client, vint me prier de présider votre cinquième séance d'ouverture, « A quel titre, lui dis-je, irais-je m'asseoir au fauteuil ? Je ne suis pas de la profession. Je ne suis pas chirurgien. Je n'ai rien fait pour vous. M'appelez-vous comme homme de science, comme législateur ou comme client ? » A tous ces titres à la fois, me répondit-il.

Comme homme de science, quel est celui qui refuserait d'apporter son appui à une Ecole qui compte déjà des élèves distingués et nombreux ?

Il ne serait pas digne de son rôle, celui qui, comme législateur, ne vous serait pas reconnaissant de le débarrasser d'un souci, c'est-à-dire de savoir comment on réglementerait l'exercice de votre profession. — Il y a tant de gens au-

jourd'hui qui veulent réglementer. (Applaudissements.) Cette réglementation, vous l'avez faite de la façon la plus simple, en la faisant vous-mêmes.

Comme client, il faut aussi que je me réjouisse. J'aurais bien gagné, il y a quelque vingt-sept ou vingt-huit ans, à ce que votre Ecole existât. Je fis alors une fâcheuse expérience qui pourrait compter comme incident de ma vie errante et tourmentée de cette époque.

— J'étais à Marseille, en 1856, allant m'embarquer pour l'Afrique. Une dent me préoccupait fort; résolu à me débarrasser de cet ennemi, j'entre dans une maison de bonne apparence. Après avoir examiné le cas, le dentiste me dit avec son accent local : « *Ah ! vous avez de la chance, vous êtes chez le premier dentiste de Marseille.* » (Rires.)

Je me méfiai, mais trop tard. Il prit la clef de Garengeot, et comme avec cet instrument il faut toujours que l'on ramène quelque chose, ce fut une portion de mon individu qui vint, mais ce n'était pas la dent. Je dois ajouter, à la louange de cette dent, qu'elle me laissa parfaitement tranquille durant les six mois que je la promenai sous le soleil d'Afrique.

Or, si j'avais trouvé à Marseille, inscrite sur une plaque ou sur une affiche, la preuve qu'un dentiste avait fait chez vous ses études, j'aurais pu me confier à lui sans crainte et ma dent eût été mieux arrachée.

Enfin, sans rien grossir, je dirai qu'au point de vue patriotique, je suis heureux de constater vos succès, de vous voir former des dentistes français qui endigueront l'invasion des étrangers. Je ne veux pas dire du mal des praticiens étrangers, je ne leur en veux pas, mais enfin, j'ai peine à voir cette nuée d'Américains s'implanter chez nous. Je suis un peu sous ce rapport comme Béranger :

« J'admets qu'un Russe soit Russe ;
Qu'un Anglais soit Anglais ;
Soyez Prussien en Prusse,
Mais en France soyons Français. »

Avant qu'il soit longtemps les conditions seront changées. Le jour où ils verront que les places sont prises, les étrangers ne seront plus attirés par elles, et au lieu de subir l'*importation*, à notre tour, nous ferons de l'*exportation*.

J'ai dit tout cela à mon ami David.

— « Ah ! m'a-t-il répondu, si tout le monde pensait comme vous ; mais nous avons des ennemis. »

Je ne le savais pas. J'ai voulu avoir des renseignements. On m'en a apporté de tous les points de l'horizon. Je puis dire que certaines personnes ont contre vous une dent... confraternelle (*en montrant la défense envoyée par le roi d'Annam).* (Applaudissements.)

Je ne sais pas ce que vous leur avez fait et je ne sais pas quelle haine ils ont à satisfaire, car les partisans de la liberté, aussi bien que les partisans de la réglementation, devraient applaudir à votre institution. Vous avez créé un centre d'instruction, vous travaillez à relever le niveau moral de votre profession, vous établissez un lieu de rendez-vous où l'on peut s'entretenir sur les progrès de votre art..., le bénéfice est évident. (Applaudissements.)

Mais tenez ! sans aller bien loin, je connais une ville où le dentiste est tout simplement un ancien maître de danse et l'on va chez lui. C'est un homme très intelligent, qui, grâce à la tolérance des maxillaires de ses compatriotes, a pu se faire l'éducation de la main, en sorte qu'aujourd'hui il jouit d'un certain crédit. Je ne dis pas qu'il n'ait cherché, lui aussi, à apprendre ; mais, où aurait-il pu s'adresser ? il n'y avait aucun laboratoire, aucune clinique ; il se trouvait probablement sans protection, sans appui, pour entrer dans un cabinet où il aurait reçu l'éducation première qui lui aurait évité de faire des opérations dangereuses pour ses clients.

Comme libéral, je suis encore enchanté. Vous n'avez pas voulu attendre la réglementation ; si elle vient, si l'État exige un diplôme avant d'avoir créé une école, où trouvera-t-il les candidats ? Mais vos élèves seront des candidats tout trouvés, tout préparés.

Je disais tout cela à mon ami David. « Ce n'est pas tout, me répondit-il. Il y a des personnes qui voudraient qu'on ne pût être dentiste sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine. »

Comment donc ? On ne pourrait être dentiste si l'on ne

connaissait le grec et le latin, si l'on ne savait pas faire un accouchement, ni distinguer une pleurésie d'une névralgie intercostale ? Mais quelle raison donne-t-on pour justifier cette idée ?

Il y en a trois. Beaucoup de personnes pensent que le dentiste manie des substances dangereuses, des poisons.

Je sais bien que vous employez l'arsenic, mais à doses si minimes, qu'en absorberait-on le double, cela serait tout à fait inoffensif ; — au contraire, certains prétendent que cela engraisse et donne le teint frais. — Mais, me dira-t-on, il y en a encore d'autres, l'acide phénique, le laudanum, le beurre d'antimoine..., soit ! Mais vous vous en servez à des doses presque homœopathiques ou tout au moins vous employez ces poisons à si petites doses qu'ils ne présentent vraiment aucune espèce de danger entre vos mains. Ce ne sont pas là de bons arguments, c'est de la pure métaphysique.

« La seconde raison, c'est que les dentistes font de la chirurgie ; or pour être chirurgien, il faut être docteur. »

Je vous dirai même que avant d'être docteur en chirurgie il faut être reçu docteur en médecine, et qu'à ce prix seulement, on obtient le diplôme. Mais, qu'est-ce que la chirurgie ? Si on voulait remonter à l'étymologie du mot, faire ouvrir la bouche de votre client, serait de la chirurgie, y mettre le doigt, serait encore de la chirurgie. Vous ne pouvez pas comparer cela à des opérations qui entraînent parfois la mort. Exige-t-on d'ailleurs le diplôme de docteur des sages-femmes qui tiennent dans leurs mains deux vies humaines ?

Il y a pourtant eu des accidents, des maxillaires cassés. Je me suis informé, j'ai consulté des statistiques, et j'ai vu que la plupart des accidents, des fractures de maxillaires... doivent être attribuées à des docteurs en médecine de campagne qui, n'ayant pas eu l'occasion de recevoir l'instruction et les conseils nécessaires, arrachent les dents à tort et à travers. Ce n'est donc pas un argument.

Enfin, troisième raison : « Vous pratiquez l'anesthésie, chose grave et qui peut compromettre la vie. »

Ah ! c'est une chose sérieuse ! vous ne pourriez plus

pratiquer l'anesthésie sans mettre au-dessus de votre maison, un paratonnerre doctoral. Oui, l'anesthésie est une chose importante ; je connais quelque peu la question. Il peut arriver des accidents ; il en est arrivé. Or ! sur les quelques centaines de cas mortels, je n'en ai trouvé que quatre ou cinq à la charge des dentistes, qui ont à leur actif près d'un million d'anesthésies inoffensives ; tous les autres sont arrivés à des docteurs. De là, vous pourriez tirer la conséquence que pour faire l'anesthésie il faudrait ne pas être docteur en médecine. Je ne vais pas jusque-là. La brièveté de vos opérations fait que les accidents qui incombent à l'anesthésie, ne vous sont guère imputables ; vous n'entrez que pour un demi pour cent au plus dans les accidents qui sont à la charge de la chirurgie en général.

On voudrait interdire l'anesthésie aux dentistes. Étrange manière de reconnaître leurs services.

Ne sont-ce pas eux qui ont inventé le protoxyde d'azote et l'éther, ces deux grandes catégories d'anesthésiques? Les dentistes ont donc gagné le droit de se servir de l'anesthésie, qui du reste se montre innocente dans leurs mains à cause de sa brièveté, et du protoxyde d'azote qui est inoffensif.

Les arguments tirés de la pratique médicale, de la pratique chirurgicale, sont donc sans valeur.

Et puis ce n'est pas tout. Si l'on considère le brevet de docteur comme nécessaire et comme suffisant pour le dentiste, le docteur pourra ouvrir un cabinet de dentiste, tout en étant dans la plus complète ignorance de son art.

Où l'aurait-il appris ? Est-ce à la Faculté, est-ce dans les hôpitaux ? Nul ne s'en occupe. Il n'y a ni chaires, ni cliniques. Jamais dans les hôpitaux on ne soigne les dents, et l'extraction, l'*ultima ratio*, qui est à l'art dentaire ce que la poudre à canon est aux relations des peuples, est laissée aux infirmiers, aux élèves débutants. Je suis docteur et pourrais me faire dentiste. Or, savez-vous quelle est mon éducation en cette matière délicate ?

J'ai été dentiste, moi aussi, et ce n'a été ni long ni brillant.

J'étais étudiant de première année à l'hôpital de la Pitié, dans le service de ce digne et excellent homme, que nous

appelions le Père Michon. Une brave femme se présente, affligée d'un cancroïde à la mâchoire supérieure ; la tumeur était d'un vilain aspect. Il y avait à la mâchoire inférieure une dent, — une incisive, la seule qui restât dans la bouche — qui buttait constamment contre la partie malade. M. Michon me dit : « il faudrait arracher ce corps étranger, voilà votre affaire, jeune homme ; vous êtes sûr de ne pas vous tromper ».

Je me plantai devant la pauvre vieille, qui bâillait, et prenant la position d'un chirurgien accoucheur, saisissant, non sans émotion, l'incisive avec le davier, je me mis à tirer lentement comme on hale un bateau.

La malade tendit le cou, s'allongea, se leva à demi ; elle m'aurait suivi au bout du monde. J'étais au désespoir ; mes camarades se tordaient de rire ; je tirai un coup formidable : la dent s'en alla d'un côté et la femme de l'autre. C'était fini ! Voilà l'histoire de ma première et de ma dernière extraction. (Rires, applaudissements.)

Il n'en est pas moins vrai que j'ai mon diplôme de docteur. Franchement, cela n'est pas suffisant !

Si vous trouvez qu'un diplôme soit nécessaire à un docteur pour exercer l'art dentaire, c'est alors que le sien n'est pas suffisant.

Mais, a-t-on dit encore, au diplôme de docteur il faudra ajouter un *nouveau* diplôme, celui de dentiste.

Comment, nous avons le droit..... d'enlever la tête, serait beaucoup dire, car on ne peut faire cette opération qu'avec l'autorisation du Président de la République, — mais enfin nous pouvons mettre le malade dans l'état du fait rapporté par Joulin, où, après une opération, l'interne demanda laquelle des deux parties on devait remettre dans le lit. Un docteur qui a le droit de vous traiter ainsi, de vous enlever presque la moitié du corps, ne pourrait pas vous arracher une dent gênante pour son opération ? Il devrait faire venir un dentiste ! Cela ne se soutient pas.

Mon sentiment, c'est qu'on vous a couvert de fleurs pour vous conduire à l'autel. On a exagéré l'importance de votre cas, afin d'être en droit d'exagérer les garanties.

Votre art est, en réalité, délicat, difficile, plein de détails et

de peine. Pour être un véritable dentiste, il faut connaître à fond l'anatomie de la bouche, l'anatomie des dents, leurs évolutions, leurs maladies ; il faut savoir comment les traiter. Il faut encore, puisque

Vous réparez des ans l'irréparable outrage,

connaître la prothèse qui est hérissée de difficultés multiples, avoir des notions sur la position et le rôle des organes, les rapports des maladies générales avec les affections dentaires. Vous avez besoin de connaître les effets désastreux de la fièvre typhoïde sur l'appareil dentaire, et, combien ai-je vu de malades ayant le collet des dents complètement détruit, parce que le médecin ne savait pas que dans cette pyrexie la salive devient acide !

Vous avez besoin de connaître les désordres que la pratique de certaines professions produit sur les dents, et dans cet ordre d'idées vous n'ignorez pas le rôle pernicieux du mercure, du plomb.

Vous devez recevoir une éducation toute spéciale, afin de savoir ce qui vous est utile dans votre profession ; et vous devez aussi connaître la limite, le commencement de ce qu'on ne sait pas.

Tout cela est difficile, spécial, long à acquérir, demandant non seulement de l'intelligence, mais cette dextérité qui ne peut être obtenue sans une longue pratique.

Mais rien de tout cela en somme, n'exige l'ensemble de connaissances scientifiques qu'on demande avec raison au docteur en médecine..

Ah ! dans la vie, il faut non seulement vouloir le bien, mais encore réussir. Et je souhaite que ceux qui sont restés étrangers à votre succès, se rallient bientôt à vos idées ; que les écailles leur tombent des yeux, car vous faites œuvre utile, bonne et fructueuse, et vous rendez de grands services.

Vous avez donc raison de donner un enseignement spécial, et un diplôme spécial, celui de *chirurgien-dentiste ;* vous avez ce droit, c'est un législateur qui vous le dit, et vous savez à quelle polémique je fais allusion.

La valeur de vos diplômes sera ce que vous la ferez vous-

mêmes. S'ils sont donnés sérieusement, ils conféreront à ceux qui les auront obtenus, une véritable autorité. Votre titre peut avoir la valeur du parchemin gouvernemental. Institution libre, vous ne faites pas concurrence à l'enseignement de l'Etat. Vous êtes appelé à un grand succès.

J'habite une petite ville, et je suis persuadé que lorsqu'un jour un jeune homme viendra s'y établir, et qu'on saura qu'il est *chirurgien-dentiste* de votre Ecole, il défiera, il éteindra toute concurrence.

Un autre bénéfice de vos efforts est que vous travaillez à l'éducation du pays, en montrant qu'il est bon de ne pas tout attendre du gouvernement. (Applaudissements.)

Je n'ai donc pas à faire des vœux pour vos succès ; je les proclame.

J'espère qu'un jour vous nous convierez à inaugurer vos cours, non plus dans un appartement vulgaire dont on a fait tomber les cloisons, mais dans un palais comparable à ceux où sont installées les écoles américaines semblables à la vôtre. (Applaudissements prolongés.)

DISCOURS DE M. PRENGRUEBER,

Chirurgien des hôpitaux, professeur à l'École dentaire de Paris.

Les services que votre art peut rendre à l'humanité souffrante, ne se bornent pas à ceux qui sont du domaine exclusif de votre spécialité.

A côtés de ces services, connus et appréciés de tous, il en est d'autres dans lesquels votre intervention, pour être moins directe, n'en est pas moins très importante.

Je veux parler des services que les dentistes peuvent rendre à la chirurgie et aux chirurgiens, soit que ceux-ci leur empruntent quelques-uns de leurs procédés ou de leurs méthodes spéciales, soit que les malades qu'ils sont appelés à soigner présentent des lésions sous la dépendance du système dentaire.

En d'autres termes, la chirurgie générale et l'art dentaire présentent certains points de contact, peuvent dans certaines circonstances se rendre de mutuels services. Ce sont ces points

de contact, ce sont ces circonstances dont je veux vous dire quelques mots.

Et tout d'abord, vous ai-je dit, un certain nombre des méthodes imaginées par des dentistes ont trouvé leur application en chirurgie

Je pourrais multiplier les exemples des emprunts de ce genre, mais il me suffira de vous en rappeler un seul, remarquable entre tous, l'emploi des anesthésiques.

L'anesthésie, cette grande découverte du siècle, cette découverte sans laquelle tous les progrès de la chirurgie moderne eussent été impossibles, elle a été faite par un dentiste.

C'est Wells, dentiste américain, qui, en 1844, eut l'idée d'employer le premier anesthésique, le protoxyde d'azote, pour l'une des douloureuses opérations que vous êtes appelés à pratiquer, l'avulsion d'une dent. Mais ce n'est pas tout, cet homme modeste dont le nom doit compter parmi les bienfaiteurs de l'humanité, ne se borna pas à être le promoteur de l'anesthésie.

Il fit plus : Il fut le premier à s'en servir, et c'est sur lui-même qu'il eut le courage de faire la tentative alors pleine d'inconnu, dont le succès devint plus tard pour la chirurgie, l'origine d'une révolution, dont nous apprécions chaque jour les bienfaits.

Sans doute, depuis lors, la question de l'anesthésie s'est pour ainsi dire transformée. C'est ainsi, par exemple, que pour nous chirurgiens, appelés à faire de longues opérations, le chloroforme a remplacé le protoxyde d'azote; c'est ainsi également que les divers anesthésiques ont été l'objet de nombreuses et importantes recherches parmi lesquelles, vous le savez de reste, se placent en première ligne les travaux de l'illustre savant qui a bien voulu présider à notre réunion.

Mais toutes ces recherches, tous ces travaux ne diminuent en rien la gloire du premier promoteur de l'anesthésie, et ce premier promoteur est un des vôtres.

Une corporation qui a à son actif de pareils titres de noblesse, a le droit d'en être fière, et elle est digne à tous égards de la place honorable qu'elle occupe dans notre Société.

Mais ce que je vous dis de l'anesthésie s'applique au passé ; dans le présent, chaque jour, à chaque instant nous devons avoir recours à votre ministère pour guérir des infirmités graves que les malades attribuent aux causes les plus extraordinaires et qui cependant n'ont d'autre origine que des altérations du système dentaire.

Nous avons d'abord toute la classe des affections inflammatoires de la bouche et de la mâchoire, les abcès, les fistules, les nécroses, certaines constrictions des mâchoires, etc.

Il est d'observation vulgaire que dans un grand nombre de cas, nous guérissons de semblables malades en vous priant d'arracher telle dent malade ou tel chicot irritant.

Nous avons encore la classe si importante des névralgies faciales :

Dans l'immense majorité des cas, les épouvantables douleurs qui les caractérisent sont d'origine dentaire, sans que cependant les malades s'en doutent le moins du monde, puisque ces douleurs qui appartiennent à la catégorie des actes réflexes, se manifestent souvent en un point très éloigné de la dent malade, sans connexion apparente avec cette dent.

Dans ces conditions, les malades s'adressent d'abord à nous, et sont fort étonnés lorsqu'après avoir examiné leur mâchoire, nous leur disons : vous avez telle dent malade, elle pourrait bien être la cause de tous nos maux, allez d'abord voir un dentiste, et revenez me voir après.

Quelques-uns, incrédules, rient de nos conseils et conservent leur mal, mais il en est d'autres, plus confiants qui nous écoutent. De ceux ci, bon nombre sont guéris et, si nous les revoyons ensuite, ce n'est plus que pour nous remercier de l'avis que nous leur avons donné.

Tout récemment encore, je voyais un jeune homme à l'aspect désolé, qui me consultait pour une de ces névralgies rebelles qui rendent la vie impossible et que cependant rien ne peut soulager.

Fidèle à mon principe, je l'engageai à faire visiter sa bouche, et cela bien que personnellement je n'y eusse rien reconnu d'anormal. Je vois d'ici le sourire d'incrédulité qui accueillit ma proposition. Pourquoi un dentiste ?

Je ne trouvais rien d'anormal, et le malade n'éprouvait nulle douleur du côté de ses dents !

Malgré son scepticisme, mon jeune homme voulut bien consentir à faire cette nouvelle tentative. Il en avait tant fait déjà, qu'une de plus, une de moins, était bien peu de chose. Je lui avais déclaré d'ailleurs que je lui refusais mes soins jusqu'au jour où il m'aurait obéi.

Peu de jours après, il me revenait triomphalement, une dent gâtée à la main, et du plus loin qu'il me vit :

Ah ! Monsieur ! me dit-il, vous m'avez sauvé la vie........ en m'envoyant chez un dentiste !

Et il ajoutait : Mais comment cela peut-il se faire qu'une dent comme celle-là à peine malade, que je ne sentais même pas, ait pu déterminer les épouvantables douleurs que j'éprouvais derrière l'oreille ?

C'est, qu'en effet, tous ces phénomènes réflexes déterminés par l'irritation de la cinquième paire sont bien difficiles à comprendre, mais ils n'en existent pas moins, et il faut les connaître.

Ce ne sont d'ailleurs pas les seuls ; l'action réflexe, provoqué par l'irritation de la cinquième paire, ne se borne pas aux névralgies. Elle provoque bien d'autres actes morbides, mais il ne m'appartient pas de nous en faire ici l'histoire. Qu'il me suffise, pour vous montrer l'importance de tous ces faits, de vous rappeler que certaines maladies de l'œil, de nature glaucomateuse, et qui peuvent amener la perte totale de la vue, sont quelquefois provoquées par la présence de simples chicots. Ces accidents disparaissent comme par enchantement, à la suite de l'avulsion de la dent malade.

Ce que je dis des névralgies, je puis le dire également des tumeurs et des ulcérations de la bouche.

Il est aujourd'hui avéré que le plus grand nombre des tumeurs de la bouche est lié à un vice dans l'évolution du système dentaire. Sans aucun doute, ces tumeurs sont à peu près exclusivement du domaine de la chirurgie proprement dite, et vous aurez bien rarement l'occasion de les traiter.

Mais ne voyez-vous pas l'intérêt qu'il y a pour vous à vous rendre compte de chacune des particularités de tout ce qui

touche à l'histoire d'organes, qui doivent faire l'objet des études de votre vie entière.

J'irai plus loin en ce qui concerne les ulcères de la bouche. Ce n'est plus un simple sentiment de curiosité qui doit vous engager à étudier ces ulcérations. Il y a un intérêt pratique considérable à ce que vous les connaissiez avec la plus grande précision possible.

C'est, qu'en effet, les malades atteints de ces ulcérations de forme, d'étendue et d'origine si diverses sont incapables d'en apprécier la nature ; aussi viennent-ils indistinctement chez le dentiste ou le médecin.

Laissez-moi vous rappeler à cet égard ces ulcérations de la gencive, qui dans nombre de cas constituent un des premiers signes du diabète.

Laissez-moi vous rappeler encore, et à plus juste titre peut-être, les nombreuses ulcérations, dont la langue est si souvent le siège.

Telle de ces ulcérations, persistante, douloureuse, fait craindre une lésion maligne, alors que l'extraction, ou tout au moins la régularisation d'un chicot suffit à la guérir.

Telle autre, d'aspect bénin, indolore, laisse supposer qu'il s'agit d'une irritation produite par une machoire en mauvais état, et cependant il s'agit de l'un de ces redoutables cancers, contre lesquels notre intervention n'a de chance de succès, qu'à la condition d'être extraordinairement hâtive.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cancers des mâchoires.

Il n'est pas un de ces cancers qui ne débute par l'ébranlement des dents, et en conséquence, il n'est pas un des malades atteints de ces cancers, qui ne recourre, tout d'abord, à votre ministère. Or, voyez-vous le service immense que vous pouvez rendre, si faisant un diagnostic précoce, vous avez soin de prévenir votre malade, que son altération dentaire est accessoire, qu'il y a autre chose à traiter, et à traiter sans perdre de temps.

Mais il y a mieux, il est un terrain sur lequel nous nous rencontrons plus souvent encore, c'est lorsqu'il s'agit de restaurer les délabrements de la face ou du palais qui succèdent soit à des ulcérations, soit à des blessures.

Là, Messieurs, vous n'êtes plus seulement pour nous d'utiles auxiliaires, vous êtes nos rivaux.

Rivalité désirable entre toutes, puisqu'elle s'applique à corriger les plus pénibles des infirmités.

Doit-on préférer votre intervention à la nôtre ? La prothèse appliquée aux restaurations faciales ou palatines, est-elle préférable à l'opération chirurgicale ?

C'est là une grosse, bien grosse question de pratique, je n'ai pas la prétention de la résoudre ici.

Qu'il me suffise de vous dire que dans les cas extrêmes, le doute ne saurait être permis.

Il est certain que la prothèse devra toujours être préférée d'emblée lorsque l'étendue des désordres est énorme. Là, la chirurgie est impuissante, et c'est à vous seuls qu'il faut s'adresser.

Nous savons tous avec quelle habileté vous accomplissez une pareille tâche ; car tous, nous avons admiré la perfection avec laquelle vous avez su atténuer les infirmités de quelques-uns des mutilés de nos dernières guerres.

Par contre, lorsque la lésion est minime, je crois que c'est vous qui devez nous céder le pas.

La nature, en somme, vaudra toujours mieux que l'art, et toutes les fois que nous pouvons restaurer la nature, c'est à à nous que revient la préférence.

Reste, il est vrai, les cas intermédiaires, ou les lésions sont étendues sans être excessives. La question ici est beaucoup moins simple, et c'est surtout sur les cas de ce genre, que se portent nos efforts communs ; c'est à leur propos que notre rivalité s'accentue.

Ne voyons-nous pas, en effet, chaque perfectionnement que vous apportez dans la construction de vos appareils, diminuer le nombre des cas justiciables de notre intervention, tandis que chacun des progrès, que nous faisons faire à la médecine opératoire, vous enlève le lendemain ce que vous aviez conquis la veille.

Ces quelques considérations me conduisent naturellement à

une conclusion, et c'est par cette conclusion que je vous demande la permission de terminer.

Puisque l'art dentaire touche par tant de points à la pathologie de la bouche en général, vous dentistes, vous ne pouvez plus à l'heure actuelle vous confiner d'une façon exclusive dans la spécialité que vous avez choisie. Ce serait mal comprendre votre mission, ce serait vous exposer à de cruels mécomptes, que de borner le cercle de vos études, à l'enseignement professionnel.

Loin de moi la pensée de vous engager à négliger cet enseignement professionnel, et de donner à l'étude de l'anatomie ou de la pathologie buccale la plus grande partie de votre temps. Non, il ne s'agit pas pour vous de devenir des chirurgiens accomplis. Ce serait sortir de votre rôle, et je serais le dernier à vous donner un pareil conseil.

Mais, entre tout savoir et tout ignorer, il y a un juste milieu et c'est ce juste milieu qui doit être le but constant de vos efforts. C'est pour vous donner cette somme de connaissances moyennes, dont j'ai essayé de vous démontrer la nécessité, que l'on a introduit dans votre École, des professeurs étrangers à votre spécialité.

Ayant l'honneur de compter parmi ces professeurs, il ne m'appartient pas de dire comment nous avons rempli le mandat qui nous était confié, mais il me sera bien permis d'affirmer que tous, nous avons porté nos efforts constants à augmenter la somme de vos connaissances générales dans le sens que je viens de développer devant vous.

Ces efforts, j'aime à le constater publiquement, n'ont pas été vains, l'ensemble des examens auxquels nous avons assisté jusqu'à présent le prouve surabondamment ; je dois même dire que pour mon compte, si j'avais un vœu à formuler, ce serait de voir la nouvelle génération d'élèves imiter sa devancière.

Nous sommes tous heureux et fiers, vous pouvez le croire sans peine, d'avoir contribué dans une mesure, si minime fût-elle, à ces succès qui sont les vôtres, mais nous ne nous dissimulons pas la part plus que modeste, qui nous revient dans un pareil résultat. Nous savons parfaitement combien limité

a été le rôle que nous avons joué dans cette sorte de rénovation de l'art dentaire français dont votre Ecole aura été le point de départ.

Le mérite de l'entreprise, nous ne saurions le dire trop hautement, appartient avant tout et surtout aux hardis fondateurs de cette Ecole, aux hommes qui par leur courage et leur persévérance, sont arrivés à créer ce centre d'instruction dont l'incontestable prospérité est aujourd'hui la juste récompense. (Applaudissements.)

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

aux élèves de l'année scolaire 1883-84.

Liste des Lauréats.

M. RÉGNART, Louis, élève de 2e année, ayant obtenu 88 points 1/2 sur 96 à l'examen général (session de juillet), il lui est décerné une médaille de vermeil, offerte par l'École Dentaire et un tour à fraiser, offert par la Maison S. S. White de Phiadelphie.

M. COTTE, élève de 2e année, ayant obtenu 80 points 3/4 sur 96 à l'examen général (session de juillet 1884), il lui est décerné par l'École Dentaire une médaille de bronze et une boîte d'instruments offerte par M. Heymen-Billard.

Prix de Clinique.

M. QUIROGA, Tosibio-Boado, élève de 1re année et M. CORMONT, Joseph-Eugène, élève de 2e année, ayant eu le plus de présence à la Clinique pendant l'année et ayant fait le plus d'opérations, il leur est décerné à chacun une boîte d'instruments offerte l'une par M. E. Lecaudey, Président de l'Association Générale des Dentistes de France, et l'autre par M. Cornelsen, de Paris.

Liste des Chirurgiens Dentistes diplômés de l'École Dentaire de Paris *(Sessions de Juillet et d'Octobre 1884).*

Les étudiants dont les noms suivent ayant subi avec succès les différentes épreuves de l'examen général aux sessions de Juillet et d'Octobre 1884, ont obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste de l'École Dentaire de Paris.

Ce sont : MM. BUGNOT, Georges-Théodore, de Rouen.
CARROUE, Paul-Camille.
CORMONT, Joseph-Eugène.
COTTE, Louis-Eugène.
DESCOFFRE, Pierre-Albert.
DUPAS (Dr), Jean-François.
FAYOUX, Auguste.
GUILLEMAIN, Casimir-Arsène.
LEFEVRE, Jules-Ambroise-Félix, de Flers.
MAILLE, Raoul-Lucien.
PIGIS, Armand-Jules.
REGNART, Louis.
SAUMUR, Désiré-Adolphe.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

L'enseignement de la prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris est actuellement organisé de la façon suivante :

Professeur, M. Viau.

Chef de laboratoire, M. Poirier, nommé au concours.

Chef de laboratoire adjoint, M. Pigis, nommé au concours.

Le dimanche 14 décembre aura lieu le concours pour deux postes de professeur-suppléant du cours pratique de Dentisterie opératoire.

Tous les dentistes peuvent se présenter. Pour les conditions, s'adresser au Secrétariat de l'École.

A l'occasion de la réouverture de l'année scolaire, le Bureau du Conseil de l'Ecole Dentaire, de Paris, a voulu donner un témoignage public de satisfaction au professeur de dentisterie opératoire, M. Levett, qui, quoique d'origine étrangère, a bien voulu apporter un concours dévoué à la première Ecole Dentaire créée en France.

Nous tenons à remercier la presse médicale et la presse politique, dont les principaux organes ont annoncé l'inauguration de notre année scolaire, et qui en ont fait depuis des comptes rendus les plus sympathiques. Nous citerons notamment le *Temps*, le *Matin*, la *Liberté*, le *Petit Journal*, le *Voltaire*, le *Rappel*, l'*Agence Havas*, le *Glaneur*, le *Journal d'Amiens*, le *Phare de la Loire*, etc. La *Gazette hebdomadaire*, la *Semaine médicale*, l'*Union médicale*, la *Gazette des Hôpitaux*, le *Progrès médical*.

Les organisateurs de la séance d'inauguration ont été admirablement secondés par l'architecte de l'Ecole, M. Benoît, qui s'est mis gracieusement à leur disposition pour l'installation et la décoration de la salle, et nous sommes heureux de constater que, malgré le peu de temps donné, tout était disposé et a marché à souhait.

NOUVELLES

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que MM. Quinet, Rosenthal et Cerf avaient pris l'initiative de provoquer une réunion des principaux dentistes belges dans le but d'arriver à fonder une *Société Odontologique*. Cette réunion a eu lieu le samedi 1er novembre, à Bruxelles. Dix-sept dentistes avaient répondu à l'appel du Comité organisateur, et par acclamation ils ont proclamé fondée *la Société Odontologique de Belgique*. Le bureau provisoire a été nommé à cette séance. Il est composé de MM. Fay, président; Quinet, vice-président; E. Rosenthal, secrétaire, et O. Cerf, secrétaire-adjoint. La prochaine séance est fixée au 7 décembre, et porte comme ordre du jour la discussion et le vote du règlement et la nomination du bureau définitif.

Tous nos vœux de succès à nos confrères belges.

L'abondance des matières nous empêche de donner ce mois-ci un compte rendu du banquet des Diplômés de l'Ecole Dentaire. Une résolution intéressant la dignité professionnelle y a été prise. Nous en parlerons dans notre prochain numéro, et nous donnerons un résumé des discours prononcés.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du 23 Septembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture de la correspondance.

MM. Carroué, Cormont, Coste, Fayaux, Michaels et Bassot, demandent à faire partie de l'Association générale des Dentistes de France.

MM. Carroué, Connort, Coste et Fayaux, comme diplômés de l'École, font, sur leur demande, de droit partie de la Société.

Il est remis pour statuer à une prochaine séance sur la demande de MM. Michaels et Bassot, conformément au règlement.

Le Conseil décide que le programme du cours de préparation sera modifié de la façon suivante :

Les élèves du cours de préparation seront admis à assister à la Clinique pendant le premier semestre et à faire quelques opérations pendant le second.

Ils pourront être admis à suivre le cours de prothèse à l'École, en ne payant que la somme de 100 francs au lieu de 300.

La séance d'inauguration de l'École est fixée au jeudi 31 octobre. Une commission de cinq membres, composée de MM. Dubois, Dugit, Godon, Ronnet et Viau est chargée de l'organisation de cette cérémonie.
Diverses mesures administratives sont votées.
La Séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

Séance du Vendredi 10 Octobre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.
Le Secrétaire général donne lecture de la correspondance.
M. E. Lecaudey écrit aux membres du Conseil de Direction la lettre suivante :

MESSIEURS,

Depuis quatre ans que vous m'avez fait l'honneur de me placer à la tête de l'Ecole Dentaire de Paris, je n'ai pas toujours, par suite de l'état de plus en plus déplorable de ma santé, pu y consacrer tout le temps et toute l'activité que j'aurais voulu et, si après vous avoir plusieurs fois donné ma démission, j'ai continué à occuper ce poste, ce n'est que par suite de vos pressantes sollicitations et seulement en attendant qu'un plus jeune soit prêt pour cette importante fonction.

Or, aujourd'hui je me vois obligé d'insister à nouveau pour que vous me remplaciez dans mes fonctions.

L'Ecole exige maintenant des dépenses d'activité que je ne me sens plus en mesure de fournir.

Dans votre Conseil de Direction, parmi vos Professeurs, vous possédez des hommes jeunes, actifs et dévoués, qui pourront remplir cette fonction pour le plus grand bien de l'Ecole, notamment le Dr David qui possède déjà un nom dans l'Art dentaire, par ses travaux scientifiques, et qui, à diverses reprises, a déjà rendu à l'Ecole des services signalés.

Si j'insiste à nouveau pour me retirer, croyez bien que je reste tout aussi dévoué à l'Institution, seule capable, selon moi, par son organisation et sa direction, de relever le niveau moral et scientifique de l'Art dentaire et que je lui conserve toutes mes sympathies et le concours qu'il me sera possible de lui donner, ainsi qu'à notre grande et puissante société professionnelle, l'Association générale des Dentistes de France.

Agréez l'assurance de mon profond dévouement,

EM. LECAUDEY.

Le Secrétaire général rend compte des démarches que le bureau a faites, sans succès, auprès de M. E. Lecaudey, pour le faire revenir sur sa décision. Il annonce que le bureau s'est alors rallié à la proposition faite par M. E. Lecaudey et propose, en conséquence, au Conseil de nommer M. le Dr David, directeur de l'Ecole, en priant cependant M. E. Lecaudey de rester président de l'Association générale des Dentistes de France.

Le Conseil de Direction, vu l'insistance de M. E. Lecaudey à donner sa démission de président du Conseil, Directeur de l'Ecole, lui exprime tous ses regrets que l'état de sa santé ne lui permette pas de continuer à occuper le poste que depuis cinq ans, il remplit pour le mieux des intérêts de la Société et de la profession, lui adresse l'expression de sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus jusqu'à ce jour, le prie de rester président de l'Association générale des Dentistes de France, et nomme M. le Dr David, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. Cette décision est prise à l'unanimité.

Le Conseil vote l'admission comme membres de la Société de MM. Bassot, Cotte, Carroué, Fayaux et Michaels.

Le Conseil décide d'offrir la présidence de la séance d'inauguration à M. P. Bert, membre de l'Institut. M. Roy offre à l'Ecole un tableau des densités des différentes matières employées dans l'Art dentaire, dressé par son fils, décédé, E. Roy, ex-élève de l'Ecole Dentaire. Le Conseil remercie M. Roy, et décide, qu'en souvenir de cet élève qui donnait tant d'espérances et que la mort a sitôt enlevé, le tableau serait placé dans une des salles de l'Ecole.

M. Legret, D. E. D. P. offre une collection de 17 porte-empreintes. (Remerciements.)

Divers crédits sont votés.

M. le Trésorier présente le bilan de l'École pendant les quatre premières années, tel qu'il vient d'être dressé par le comptable, ainsi qu'un état de la situation actuelle ; d'où il résulte que l'Ecole est dans une situation tout à fait prospère.

Le Secrétaire Général,
CH. GODON.

Séance du Mardi 21 Septembre 1884.

PRÉSIDENCE du Dr DAVID, Directeur de l'École.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire donne lecture de la correspondance :

MM. Drs Didsbuny, Cordelier, Fournier, Goumel de Saint-Jean d'Angely, demandent à faire partie de l'Association générale des Dentistes de France.

M. Cordelier adresse pour l'Ecole Dentaire, une souscription de 100 fr.

MM. Cordelier et Fournier comme diplômés de l'École, font, sur leur demande, de droit partie de la Société.

Quant aux demandes de MM. Didsbuny et Gourmel, elles sont conformément au règlement, renvoyées pour statuer à la séance suivante.

Une dispense d'âge est accordée à un élève qui désire entrer au cours préparatoire.

M. Ronnet donne lecture, au nom de la Commission, du rapport sur les examens d'Octobre dont les conclusions sont adoptées. En conséquence :

MM. Schreck,	ayant obtenu. . . .	26 points.		
Bonnard	—	26	—	1/2
Charavet	—	22	—	1/2

sont admis comme élèves de 2e année pour l'année scolaire 1884-85 :

MM. Maille	ayant obtenu	73 points.		
Descoffre	—	67	—	
Guillemin	— . . , . .	66	—	1/2
Lefèvre	—	53	—	1/2

il leur est décerné le diplôme de l'Ecole Dentaire de Paris

MM. Quiroga (élève de 1re année) et Cormont (élève de 2e année), ayant eu le plus de présence à la Clinique pendant l'année scolaire 1883-84, et ayant fait le plus d'opérations, il leur sera décerné à chacun un prix de Clinique.

MM. White, de Philadelphie, offrent au lauréat de l'Ecole un tour Johnston. MM. Heymen-Billard, de Paris, une boîte contenant des daviers. M. Cornelsen, un maillet automatique, et M. E. Lecaudey, un maillet automatique.

Des remerciements sont votés aux généreux donateurs. Le Conseil décide que par suite de l'abondance et de la générosité des donateurs, quatre prix se trouvant à décerner, les deux premiers seront accordés aux deux lauréats de l'examen général et les deux autres comme prix de Clinique.

M. le Dr David annonce que M. P. Bert a accepté la présidence de la cinquième séance d'inauguration de l'Ecole Dentaire de Paris.

Diverses mesures administratives sont adoptées.

M. Godon est chargé d'aller inspecter le service dentaire organisé par l'Ecole à l'Orphelinat Coquerel.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire Général.
CH. GODON.

AVIS

Le Conseil de Direction de l'Ecole a décidé dans sa dernière séance, afin de compléter le programme du *Cours préparatoire* qu'il serait, à partir de l'année scolaire 1884-85, organisé de la façon suivante :

COURS THÉORIQUES. — Eléments de Physique, de Chimie et de Mécanique, — Histoire naturelle, — Eléments d'Anatomie et de Physiologie.

CLINIQUE. 1er Semestre : Assistance à la Clinique tous les matins.
— 2e — Nettoyages de la bouche.

Les droits du cours préparatoire restent fixés à 200 fr. pour l'année.

PROTHÈSE. — Les élèves du cours préparatoire seront admis à suivre le cours pratique de Prothèse du matin en ne payant que 100 fr. au lieu de 300 fr. pour ledit cours.

M. le Dr Levett nous prie d'annoncer qu'il donne chez lui des démonstrations particulières d'aurification.

Par suite des modifications apportées à l'organisation de la Clinique, quelques postes de démonstrateurs sont vacants à l'Ecole Dentaire de Paris. Les dentistes qui désireraient remplir cette fonction, sont priés d'adresser une demande au Secrétaire général.

Des erreurs de noms et d'adresses se sont glissées dans la liste publiée dans l'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste. Nous prions les intéressés de nous les signaler, afin de corriger les éditions subséquentes.

Tous les exemplaires brochés de l'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste ayant été vendus, nous ne pourrons désormais satisfaire aux demandes, qu'en envoyant des exemplaires cartonnés.

On demande à acheter : 1° le numéro de Mai 1877 du *Progrès dentaire* ; 2° le numéro d'Août 1879 de la *Gazette odontologique* ; 3° les numéros de Janvier 1882 et Février 1883 de la *Revue odontologique*.

Faire parvenir au Bureau du Journal, Dr D.

26103. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES
DE PARIS

FONDÉS PAR SOUSCRIPTION PUBLIQUE EN 1880

23, rue Richer, 23

Année scolaire 1884-85

Directeur : M. le Docteur TH. DAVID.

CONSEIL DE DIRECTION

Président : EM. LECAUDEY, chirurgien-dentiste, médecin de la Faculté de Paris.
Vice-Président : P. POINSOT, chirurgien-dentiste, professeur à l'École Dentaire de Paris.
Vice-Président : WIESNER, chirurgien-dentiste, dentiste de la Légion d'honneur.
Secrétaire-Général : CH. GODON, chirurgien-dentiste, D. E D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.
Secrétaire correspondant : G. VIAU, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.
Trésorier : A. RONNET, chirurgien-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.
Bibliothécaire : L. THOMAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.
Bibliothécaire suppléant : P. DUBOIS, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.
Conservateur du Musée : G. BLOCMAN, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris, chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, professeur suppléant.

MEMBRES CONSULTANTS

A. AUBEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole Dentaire, rédacteur en chef de l'*Odontologie*.
BARBE, chirurgien-dentiste, D. E. D. P.
L. BIOUX, chir.-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire.
R. CHAUVIN, chir.-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.
AD. DUGIT fils, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.
F. GARDENAT, chirurgien-dentiste.
LEVETT, chirur.-dentiste, D. D. S. de New-York, professeur à l'Ecole Dentaire.
LEMERLE, chir.-dentiste, D.E D.P., démonstrateur à l'Hôpital Dent.
DE LEMOS, chir -dentiste, D.E.D.P. démonstrateur à l'Hôpital Dent.
M. LAGRANGE, chirurg.-dentiste, D. E D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire.
PILLETTE, chirurgien-dentiste, ex-professeur à l'Ecole Dentaire.
PINARD, chirurgien-dentiste.
POTEL, chirur.-dentiste, D.E.D.P., démonstrateur à l'Hôpital Dent.

MEMBRES HONORAIRES

E. BILLARD, ex-Secrétaire général du comité d'organisation de l'Ecole Dentaire.
P. CHRETIEN, chirurgien-dentiste, ex-Trésorier de l'Ecole Dentaire.
DEBRAY, chirurgien-dentiste.
DELSART, chirurgien-dentiste, ex-Vice-Président de l'Ecole Dentaire.
DUGIT père, chirurgien-dentiste.

VOL. 4. Paris, 1er Décembre 1884 N° 12.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR DÉCEMBRE 1884.

CHRONIQUE PARISIENNE

La pratique de notre art a eu, ces jours derniers, à enregistrer un fait malheureux. Nous voulons parler de ce cas de mort, aujourd'hui connu de tout le monde, survenu dans le cabinet d'un de nos confrères à la suite, dit-on, de l'anesthésie.

Ignorant absolument les circonstances du fait, nous ne ferons aucune critique. Nous croyons toutefois utile d'émettre les quelques considérations suivantes :

Le praticien dont il s'agit passe pour avoir une très grande habitude de l'anesthésie au protoxyde d'azote. Tout porte à croire qu'il a dû s'entourer de toutes les précautions, de toutes les garanties nécessaires, non seulement pour éviter les accidents, mais encore pour mettre à couvert sa responsabilité. Nous serions donc en présence d'un de ces cas malheureux, comme il s'en produit d'ailleurs dans la pratique chirurgicale et même plus fréquemment dans cette dernière que dans la nôtre, suivant les recherches statistiques faites par M. P. Bert. A notre connaissance, depuis dix ans, un certain nombre de chirurgiens ont eu des cas de mort par le fait de l'anes-

thésie, les dentistes, au contraire, n'en ont pas eu en France, bien que quelques-uns endorment jusqu'à 30 personnes par jour. Ce fait ne prouve donc absolument rien contre les dentistes, si ce n'est qu'ils peuvent avoir des accidents, comme en ont les chirurgiens.

Mais après avoir défendu le corps professionnel, il est bon de lui rappeler ses devoirs.

Si les dentistes peuvent pratiquer l'anesthésie, ils ne peuvent le faire à tort et à travers. C'est une opération qui, plus encore qu'une autre, puisqu'elle peut être suivie de mort immédiate, exige des connaissances précises et approfondies. C'est ce qu'a compris l'École Dentaire de Paris, en créant dès son ouverture, un cours particulier, une clinique d'anesthésie dirigée avec tant de talent par le Dr Aubeau. Qu'on nous permette de rappeler ici quelques-unes des règles générales qu'il a sagement indiquées :

L'anesthésie générale (au protoxyde d'azote, ou avec d'autres substances) doit être précédée d'un examen médical minutieux qui établisse nettement s'il n'y a pas de contre indications provenant de l'âge, de conditions particulières, de lésions organiques, de maladies du sujet.

Elle ne doit donc être pratiquée que sur l'avis et même sous la surveillance d'un médecin ou de toute autre personne compétente. Car elle peut se compliquer d'accidents qui réclament une intervention immédiate, des soins particuliers dont il faut au préalable s'être assuré. On sait du reste que les chirurgiens ne pratiquent jamais seuls l'anesthésie, et qu'ils sont toujours assistés dans leurs opérations par un ou plusieurs médecins ou internes, dont l'un est spécialement chargé d'endormir le malade.

Tout praticien qui observera strictement ces règles, sera certainement à l'abri de toute incrimination.

Nous terminerons par l'expression d'un désir, celui de voir disparaître du vocabulaire de notre profession, le mot *insensibilisateur*. Ce terme, créé pour rassurer le patient, ne lui fait entrevoir qu'une sorte d'action locale. Nombre de personnes sont ainsi endormies que parce qu'elles ont la conviction de ne pas l'être.

Dr Th. D.

LE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE.

Communication par M. le Dr TH. DAVID.

Extrait du procès-verbal de la Séance de la Société d'Odontologie de Paris, du 25 novembre 1884.

La cocaïne, dont on a tant parlé depuis quelques semaines dans les sociétés savantes et dans les journaux, a été extraite en 1859 par un chimiste allemand, Niemann, de la Coca du Pérou. En 1862, Echroff reconnut qu'elle jouissait de la propriété d'insensibiliser la muqueuse de la langue. Dernièrement, il y a quelques mois à peine, Koller, de Vienne, reprenant ces expériences sur les animaux et sur l'homme, vit que, mise en contact avec la conjonctive et la cornée, une solution de chlorhydrate de cocaïne rendait ces organes insensibles.

Le chlorhydrate de cocaïne préparé d'abord en traitant les feuilles de coca par l'alcool amylique était déliquescent; mais celui qu'on produit maintenant ne l'est pas. C'est un sel blanc, très amer, qui a pour formule Hcl, C^{32} H^{40} A^{32} O^{3}. Il est soluble dans l'eau en toutes proportions. Cette substance coûte actuellement très cher; on la paie encore 18 fr. le gramme, mais il est probable que ce prix baissera beaucoup lorsqu'on la préparera et qu'on l'emploiera sur une plus large échelle. D'ailleurs, avec une solution de 50 centigram pour 10 grammes d'eau distillée (solution à 5 pour cent), on a de quoi produire d'innombrables anesthésies, puisque on n'en emploie guère que deux ou trois gouttes à la fois.

On n'emploie pas d'autre préparation.

M. Panas, M. Trousseau, M. Abadie, M. Terrier, qui l'ont employé pour anesthésier la cornée dans les opérations qu'ils devaient pratiquer sur l'œil, ont pu opérer sans douleur l'extraction de la cataracte, dans les cas où on n'est pas obligé d'inciser l'iris, qui reste sensible; sous son influence, l'extraction des corps étrangers de la cornée, le tatouage ou

l'abrasion de cet organe ; l'exploration de la cornée, du fond de l'œil, l'application des instruments destinés à maintenir les paupières écartées pendant les opérations, sont parfaitement insensibles. La douleur est encore atténuée, mais beaucoup moins, dans les opérations profondes qui consistent à sectionner les muscles pour redresser les yeux, dans le strabisme.

La muqueuse de la langue n'est pas la seule qui puisse être insensibilisée par le chlorhydrate de cocaïne.

Dans un article publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 Novembre, M. Fauvel dit avoir depuis longtemps employé cette substance pour insensibiliser le larynx, la gorge, afin de pouvoir les explorer à loisir et y pratiquer sans douleur les opérations nécessaires.

M. Dujardin-Beaumetz a déclaré à l'Académie que le chlorhydrate de cocaïne pouvait être employé avec succès même dans les affections douloureuses de l'estomac.

Le *Médical Record* de New-York, rapporte la relation de deux cas d'anesthésie en gynécologie.

Nous serions donc en présence d'un anesthérique local instantanné, pouvant être employé sur toutes les muqueuses.

Dans toutes ces expériences on s'est servi de solutions variant de 2 à 5 et même à 10 pour cent. M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie de Médecine et M. Marc Sée à la Société de Chirurgie, ont déclaré que le chlorhydrate de cocaïne, préparé en France, était aussi bon que celui que l'on fait venir d'Allemagne.

L'action physiologique de ce nouvel anesthérique a été étudiée par Vulpian, Fellinck de Vienne, mais elle n'est probablement pas encore suffisamment établie.

La cocaïne produit certainement une action sur le système nerveux central, puisque la sensibilité générale se trouve diminuée. Localement elle paralyse les extrémités nerveuses, d'où abolition des sensations, de tact, de température, de gout (s'il s'agit de la muqueuse bucale). Elle produit en outre l'ischémie des parties touchées, particularité à laquelle, les feuilles de coca, doivent sans doute, d'être depuis longtemps employées dans les affections inflammatoires de la bouche.

Cette propriété particulière de la cocaïne, d'anéantir la douleur par son application sur des muqueuses saines et

même enflammées, a fait supposer que les dentistes pouvaient l'employer avec succès dans le traitement des caries douloureuses, en particulier dans les cas de carie pénétrante avec conservation de la pulpe.

Je l'ai essayée dans quelques cas, et les résultats que j'ai obtenus n'ont pas été très satisfaisants. La douleur a été momentanément calmée, mais n'a pas tardé à revenir. Ceci concorde très bien d'ailleurs avec les observations faites par M. Terrier et M. Nicaise, qui ont vu la sensibilité de la cornée revenir au bout de 17 minutes.

D'autre part, pour que le chlorhydrate de cocaïne puisse agir d'une manière efficace, il faut qu'il soit mis en contact immédiat avec les éléments sensibles que l'on peut rencontrer dans la carie ; il faut donc d'abord nettoyer la cavité, ce qui est justement le temps le plus douloureux et qu'il faudrait éviter. C'est là un des inconvénients les plus graves, tenant, non à la substance en elle-même, mais dépendant des conditions de son application.

Le plus grand service que devrait nous rendre la cocaïne, serait d'insensibiliser la pulpe dont on veut pratiquer l'extraction ; or, elle n'a qu'une action tout à fait superficielle et pourrait à peine rendre moins douloureux le premier contact de l'instrument, ce qui n'est vraiment pas la peine.

Dans une carie non pénétrante, mais douloureuse, la cocaïne n'agirait probablement pas beaucoup, parce que l'ivoire n'est pas assez pourvu de vaisseaux qui puissent absorber le médicament pour anéantir la douleur.

En somme, le chlorhydrate de cocaïne ne me paraît pas utile dans les cas où il pourrait nous rendre des services, c'est-à-dire pour anéantir la douleur dans les opérations sur les dents. Comme pansement, il ne vaut pas l'acide phénique, qui non seulement calme la douleur, mais en outre modifie avantageusement les surfaces malades en les cautérisant, et agit de plus comme antiseptique.

Quant à l'anesthésie locale permettant l'extraction de la dent sans douleur, il n'y faut pas songer, puisque le chlorhydrate de cocaïne ne donne qu'une insensibilité *superficielle*.

A ce point de vue le nouvel anesthésique est inférieur à l'éther. Il est cependant d'une application beaucoup plus

facile, qui le fera assurément employer bien des fois pour tromper le patient, et pour supprimer la sensation que produit l'application de l'instrument.

Il trouvera une indication plus formelle dans les opérations sur les gencives ; incisions, pointes de feu. Là son application est en tout comparable à celles qu'en ont faites les auteurs sur la cornée, la conjonctive, etc. ; elle est faite directement sur les tissus que l'on veut insensibiliser — et, condition essentielle à notre avis sur une certaine etendue. Cependant, si l'incision doit doit être profonde, comme dans l'ouverture d'un abcès par exemple, il ne faut pas compter sur une insensibilité absolue, puisque les parties sous-muqueuses ne sont point anesthésiées.

Les affections inflammatoires des gencives, grâce au pouvoir ischémiant de la cocaïne, sont heureusement modifiées par son emploi. Les gingivites légères, celles qui sont occasionnées par l'éruption des dents notamment, cessent d'être douloureuses et guérissent rapidement. C'est du reste, ainsi que nous l'avons dit, l'explication de l'usage si répandu de la coca, dans le Pérou,

Mais nous ne sommes qu'au début de nos expériences ; avant peu les uns ou les autres pourront apporter des faits nouveaux à l'histoire de la cocaïne.

Par contre, je dois vous signaler un inconvénient résultant du contact de cette substance avec la langue. Dans un cas de carie supérieure, j'ai voulu introduire dans la cavité un petit tampon de coton imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne. Par un mouvement involontaire, la langue vint toucher le tampon au moment où je l'introduisais; immédiatement la langue devint insensible et parut énormément gonflée à la cliente, sans l'être en réalité ; en outre, ce contact produisit une sensation amère, très désagréable. La cliente ne sentait plus sa langue, à tel point que pendant un quart d'heure les piqûres d'épingle n'étaient plus perçues. La sensibilité revint peu à peu.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 Juillet 1884.

Ouverture de la Séance à 9 heures, sous la présidence de M. Poinsot Vice-Président.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

La Société passe à l'ordre du jour.

M. Poinsot présente quatre anomalies.

1° Un cas de géantisme. Le moulage représente la mâchoire d'un nègre de Cincinnati; les dents sont d'un volume extraordinaire et la largeur de sa bouche est une fois et demie celle d'une bouche normale.

M. Godon a vu un cas semblable, il n'avait pas de porte-empreinte assez grand pour prendre la bouche.

M. Dubois demande si on a pris les proportions du corps de cet individu et demande si cette exagération de dimension est seulement buccale ou générale.

M. Blocman fait remarquer que chez les nègres toutes proportions gardées, la distance entre les extrémités d'un même arc maxillaire est toujours plus grande que dans notre race, à cause de la disposition des molaires qui s'éloignent de plus en plus de la ligne médiane.

M. Poinsot présente un deuxième cas, c'est une anomalie de forme des incisives.

Sa troisième présentation est l'opposée de la première, il s'agit ici de l'absence de quelques dents et de namisme des dents évoluées; le sujet est une jeune fille de 20 ans, soupçonnée de rachitisme et de syphilis héréditaire.

M. Dubois dit que cette atrophie rare chez les nègres et relativement fréquente chez les blancs, porte non seulement sur les dents, mais aussi sur les os.

Les races sauvages, dit-il, ont les dents plus volumineuses et de plus elles présentent toujours la dent de sagesse qui manque parfois chez nous.

De plus, chez nous la dent de six ans est la plus grosse, chez eux c'est la dent de sagesse, enfin cette dent pousse tardivement, tandis qu'elle évolue de bonne heure chez eux.

M. le Dr Galippe a observé sur le crâne de Campi des maxillaires très développés.

M. Blocman fait observer que le développement des dents est en rapport avec la puberté plus ou moins précoce.

M. Poinsot. — 4me cas. — Irrégularité des dents et dents surnuméraires, avec persistance d'une dent permanente.

Extraction des dents palatines, dont une de lait.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

Séance du 21 Octobre 1884.

Présidence de M. Poinsot, Vice-Président.

M. Dubois présente, au nom de M. Cochat, un cas de réimplantation.

Mlle X..., âgée de 8 ans et demi avait à la mâchoire supérieure à gauche, une anomalie de forme et de position de l'incisive latérale qui donnait à la dent, l'aspect de deux dents soudées. De plus, une rétroversion faisait que les dents antagonistes de la mâchoire inférieure s'articulaient en avant de cette dent. L'aspect disgrâcieux de la bouche par suite de cette dent mal formée et mal placée fit penser à M. Cochat, que l'extraction et, si les circonstances le permettaient, une tentative de réimplantation étaient mieux indiquées que le redressement par le moyen d'appareils.

Le 10 Décembre 1883, l'opération fut exécutée : la dent extraite fut sectionnée longitudinalement. Cette dent montrait deux chambres pulpaires accolées l'une à l'autre, une mince cloison osseuse les séparait sur toute la hauteur de la dent. Cette pulpe double avait tous les caractères de la santé. La section faite à la pince coupante, la divisa. La cavité alvéolaire débarrassée du sang, M. Cochat réimplanta une moitié de cette dent en lui donnant une direction autre que celle qu'elle avait eue jusque là, en la faisant articuler normalement, c'est-à-dire en dehors de l'arcade inférieure.

Le traitement ultérieur a consisté en applications de teinture d'iode-aconit sur la gencive, puis de tannin et lavages à l'eau phéniquée ; au bout de 6 à 7 jours, la suppuration par suintement au collet était disparue.

Et bien, dans ces conditions, l'alvéole s'est reformée autour de la racine légèrement déplacée; la lamelle de dentine recouvrant la

pulpe s'est quelque peu épaissie et aujourd'hui, après onze mois, la dent est solide dans la bouche. Cette réimplantation faite dans des conditions peu ordinaires a réussi.

A diverses questions qui lui sont adressées, M. Cochat répond que la dent temporaire et la dent symétrique ne présentent pas la même anomalie. M. Cochat croit qu'il reste une certaine vitalité de la pulpe.

M. Poinsot croit la pulpe morte.

M. Dubois fait observer que l'opération est double, car il s'agit d'une réimplantation et d'un redressement, la dent étant au début située en arrière de l'arcade inférieure.

M. Chauvin affirme que la dent est morte, il fait remarquer la couleur très faiblement altérée de l'organe. D'ailleurs, ajoute M. Chauvin, chacun sait que les dents mortes peuvent rester un temps variable et souvent très long sans produire de phénomènes morbides.

M. Dubois. — Chez les sujets jeunes où les tissus ont une grande vitalité, il peut ne pas se produire mortification de la pulpe.

M. Poinsot félicite M. Cochat de son succès et de son initiative hardie.

M. Wiesner rappelle qu'il y a 28 ans, il a pu observer un cas de réimplantation qu'il a pu suivre, il s'agissait d'une dent saine enlevée par erreur et réimplantée. Dix mois après l'opération, il n'y avait pas de changement de couleur, mais trois ans plus tard la coloration était altérée.

M. Poinsot présente à la société des ressorts caoutchouctés, — une mince couche de caoutchouc vulcanisé recouvre le fil métallique, — et dit que ce perfectionnement sera d'une grande utilité en prothèse dentaire ; la suppression de l'irritation traumatique, la non-pénétration des liquides buccaux, des détritus alimentaires dans l'épaisseur du ressort, sont des avantages considérables. L'adhérence absolue du caoutchouc au métal est obtenue et j'ai étiré, allongé les ressorts sans amener la déchirure, la séparation du fil métallique et du caoutchouc.

Je vous demanderai l'autorisation pour M. Contenau de présenter ses ressorts lui-même. (Assentiment.)

Messieurs, je remercie M. le Président de l'appréciation, flatteuse pour nous, qu'il vient de faire des ressorts que nous vous soumettons aujourd'hui ; puisque vous voulez bien me permettre de

dire quelques mots sur ce sujet, quoique je n'ai pas l'honneur de faire partie de la Société d'Odontologie. Je vous exposerai quelques-uns des avantages de ce genre de ressorts.

Tout d'abord le revêtement de caoutchouc peut se faire sur n'importe quel métal et le caoutchouc diminue les inconvénients des ressorts faits à un titre assez bas.

Nous vendons de nombreux ressorts dorés, des milliers par an, il faut donc que cela réponde à un besoin. Quoique nous fassions, la dorure ne tient pas longtemps, le ressort noircit, se vert-de-grise, même il peut devenir nuisible. Le caoutchouc, pour ce genre de ressorts, est supérieur à la dorure, il retardera de beaucoup l'altération du métal; tout au moins pour des ressorts provisoires l'avantage est évident.

La couleur de nos ressorts est aussi un progrès dans certaines bouches, ils risquent de se voir et la teinte rosée sera moins visible que la couleur des ressorts tout en métal.

Leur force et leur souplesse est plus grande sans augmentation de volume, nous gagnons l'épaisseur d'un numéro pour des ressorts de force égale. On peut constater en les courbant qu'ils donnent à la main la sensation de plus de résistance et d'une souplesse qu'on ne peut obtenir avec les anciens ressorts. Vous savez mieux que moi que bien des clients faussent, cassent même leurs ressorts en plaçant leurs dentiers, cela sera impossible, le frottement sur la dent minérale, sur le rebord de la pièce amenait de l'usure et dans certains cas une rupture rapide, le revêtement de caoutchouc retardera cette usure et prolongera la durée des ressorts.

Je puis étirer, tortiller le ressort sans que le caoutchouc se détache, on peut s'assurer qu'il fait corps avec lui.

Enfin, vous me permettrez même après M. Poinsot, de vous faire remarquer les deux principaux avantages résultant de notre modification.

Le frottement doux à la muqueuse qui en résulte, les inconvénients que cela supprime et sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister ici ; la non-perméabilité du ressort, qui empêche qu'il ne devienne un foyer de corruption, d'infection, une cause de mauvaise haleine. Ce sont là des résultats faits, je l'espère, pour contenter des praticiens expérimentés et c'est avec confiance, que je les soumets à l'appréciation des membres de la Société d'Odontologie.

M. le Président remercie M. Contenau de ses explications, les spécimens apportés sont examinés et trouvés parfaits.

M. Dubois présente ensuite un cas d'anomalie d'éruption. Il s'agit d'une incisive évoluant chez un individu, pourvu d'un dentier complet et âgé de 61 ans.

M. Prevel a observé un cas analogue chez un sujet de 72 ans. Il s'agissait d'une canine, M. Poinsot signale un cas pareil à 60 ans.

M. Lemerle. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une défense d'éléphant, qui vient de nous être offerte par le souverain de l'Annam; la dent en porte la mention gravée en caractères chinois. Ce don nous a été fait sur la demande et la haute recommandation du colonel Rheinart, ministre représentant la France à Hué.

Voici, Messieurs, quelques explications qui m'ont été fournies par le colonel Rheinart dans une lettre m'annonçant cet envoi.

L'éléphant qui était porteur de cette défense est vivant; un jour il devint malade sans cause appréciable. Il ne mangeait plus et maigrissait. Au bout d'un certain temps, on trouva sa défense tombée. Immédiatement alors il recouvre l'appétit et revient rapidement à la santé.

La chute d'une défense est, paraît-il rare, ce fait intéressa le colonel Rheinart qui fit mettre la défense en réserve, et ce fut sur ma prière qu'il me l'adressa, pour l'Ecole dentaire.

Maintenant, Messieurs, quelle est la cause de cette chute?

Dans sa lettre, le colonel Rheinart me fait observer que la dent est sciée à son extrémité, mais que l'on ne doit pas attribuer sa carie et sa chute à la section qui a été faite ; section qui se pratique presque toujours sur les défenses d'éléphants domestiques.

Cependant, si nous examinons attentivement la dent, nous trouvons sur la face sectionnée l'orifice de la pulpe. Le canal dentaire aurait donc été mis à découvert le jour du sectionnement, ce fait peut s'expliquer, puisque la dent est de croissance indéfinie : on trouve une pulpe excessivement prolongée. Toute son extrémité est fendilliée, les fissures en paraissent profondes, ce qui dénoterait une altération de tissus. Si l'on examine la racine enclavée dans l'alvéole, on voit des altérations en forme d'érosions, semblables à certaines résorptions de la racine de nos dents.

Quels sont les phénomènes qui se sont passés?

D'après la mise à jour de la pulpe, on peut diagnostiquer une

pulpite suivie de gangrène, puis de périostite suppurente ou ostéo-périostite; ce qui porte à le prouver, ce sont les érosions de l'extrémité de la racine.

Nous ne pouvons, Messieurs, qu'émettre des hypothèses, manquant de données précises sur les phénomènes qui se sont passés. Je crois que la section de la dent dans le sens de la longueur, serait d'une grande utilité pour se rendre compte de l'altération des tissus, *de visu* et au microscope.

La longueur totale de la dent est de 1 mètre. En ajoutant la partie sectionnée on atteint 1 mètre 50, sa circonférence moyenne est de 32 centimètres et son poids dépasse 10 kilogrammes.

M. Poinsot offre le moulage de la mâchoire inférieure d'un uricémique présentant des nodosités bien caractérisées.

M. Vigier appelle l'attention de la Société sur la coloration des dents chez les cholériques.

La séance est levée.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire général,
G. BLOCMAN.

REVUE DES JOURNAUX

La nouvelle méthode d'aurification de M. Herbst *occupe actuellement le monde professionnel. M. le Dr Levett, professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole Dentaire de Paris, l'a expérimentée, et nous publierons dans notre prochain numéro le récit de la démonstration qui a été faite à la Clinique, le Dimanche 14 décembre.*

Mais, tout d'abord, nous avons voulu mettre sous les yeux de nos lecteurs la communication que fit M. Herbst lui même sur l'emploi et les avantages de sa méthode. Cela permettra de mieux se rendre compte du procédé.

LA MÉTHODE D'AURIFICATION DE M. HERBST

Traduit de l'*Ohio-State Journal*, par M. Barrié.

M. Herbst remarque au début de sa démonstration qu'il est entièrement convaincu que sa méthode est appelée à un grand avenir et qu'une fois bien comprise, elle supplantera les

autres méthodes, opinion que partagent d'autres membres présents, tels que M. Koch, Giessen et Dr Nicoli, de Stuttgard.

M. Herbst dit aussi : que sa méthode a déjà franchi les frontières d'Allemagne, et qu'elle attire l'attention dans les pays étrangers, comme le prouvent plusieurs lettres; même en Amérique, on cherche à la connaître, et plusieurs lettres lui sont parvenues, dans lesquelles se trouve exprimé le désir de voir une communication plus intime s'établir entre les deux pays; les revues périodiques d'Allemagne étant lues en Amérique avec beaucoup d'intérêt.

Un dentiste de ce pays (Amérique) lui a écrit, en disant que s'il était prouvé que sa méthode (Herbst) soit pratique, elle remplacerait les anciennes, et aurait droit aux remerciements de la profession.

M. Koch mentionne la visite d'un dentiste américain, Dr Standniger, de Pensylvanie qui parla dans les termes les plus favorables de la nouvelle méthode de Herbst.

M. Herbst le remercie de la remarque ; de semblables lui ont été adressées de tous côtés depuis la publication de sa méthode.

Nous laissons à présent la parole à M. Herbst.

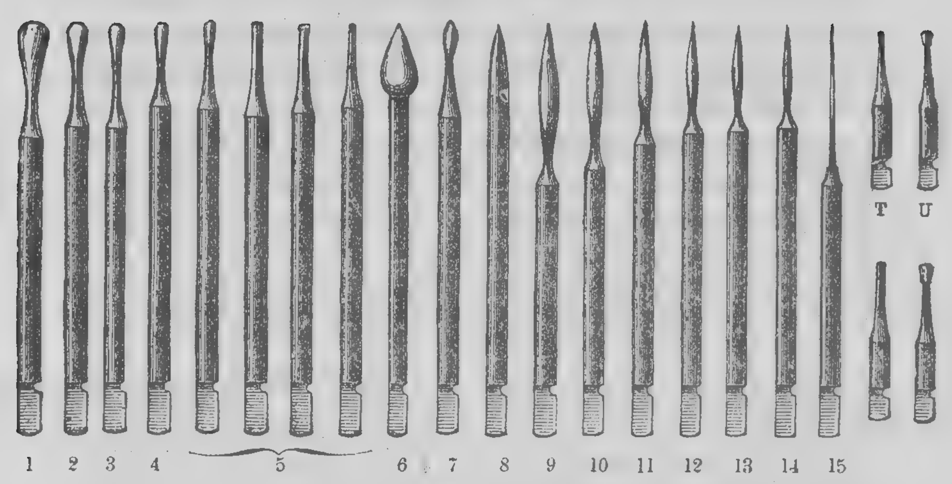
Nous examinerons attentivement ici, à Francfort, si oui ou non, ma méthode est pratique. J'aurifierai aujourd'hui une cavité centrale, (crown) deux cavités latérales (proximales), dans deux incisives centrales et ferai deux aurifications de contour devant vos yeux. Je ferai toutes ces aurifications à la main et après nous fendrons les dents, de sorte, que vous puissiez juger de leur valeur intérieure, que vous puissiez voir spécialement comme elles adhèrent aux murs de la cavité et que vous soyez convaincus de leur solidité.

Je vous ai déjà montré les instruments pour ma méthode d'aurification, on peut les acheter maintenant dans n'importe quel dépôt dentaire. — M. Ash et fils m'ont envoyé un jeu d'instruments avec lesquels j'opérerai aujourd'hui.

Ils sont des copies parfaites de l'original. Afin de me faire mieux comprendre, je les distinguerai par les mêmes numéros que je leur ai donnés dans le (Correspondence-Blatt), dans lequel ils sont illustrés.

INSTRUMENTE ZUM GOLDFULLEN

Système Herbst.



Le principal instrument est le n° 5, numéro duquel on doit avoir plusieurs grosseurs, ou différentes épaisseurs — on peut facilement les faire avec une fraise ou un foret cassé ainsi : prenez l'instrument cassé, et sans enlever la trempe, placez-le dans la pièce à main du moteur-dentaire, lequel est mis en mouvement, la pointe repose sur une pierre à huile sèche, on lui donne une légère inclinaison, de manière à ce qu'elle ait la forme d'un toit de maison (roof-form) presque plat, mais pas plat au point qu'on ne puisse distinguer un point faisant saillie au centre.

J'ai appris la valeur de cet instrument après la réunion de Francfort l'année dernière.

L'emploi des autres instruments a été décrit. Les numéros 1, 2, 3 et 4 sont en partie pour le commencement des larges aurifications, pour fixer les premières couches d'or; mais spécialement pour le polissage et le fini de l'aurification.

Nous devons remercier M. Nicoli, de Stuttgard, qui s'est fait l'avocat de ma méthode et pour vous avoir fait connaître que ces quatre instruments sont merveilleux pour les obturations à l'amalgame. Les numéros de 7 à 15 sont plus importants, spécialement le n° 15, leq el est une aiguille à coudre soudée dans une flèche. Ces instruments sont employés pour les cavités latérales (proximales). Les numéros 6, 7 et 8 sont

employés selon l'occasion dans d'autres aurifications. Dans celles-ci, comme dans toutes les autres méthodes, on ne peut pas vous en donner de règles positives; Je tâcherai cependant de la rendre aussi claire que possible J'ai employé pendant quelque temps l'or de Wolrad, et pour la seule raison que je peux toujours l'avoir nouvellement préparé, de sorte que je ne le chauffe pas, excepté pour les dernières couches de larges aurifications centrales ou de contours. Ceux d'entre vous qui avez votre or en main depuis quelque temps, peut-être feriez vous bien de le chauffer un peu sur un morceau de mica, mais pas jusqu'à la chaleur rouge. Je ne pense pas que le succès de ma méthode dépende de la préparation de l'or employé, mais je ne peux rien dire de cela positivement, l'or de Wolrad est de première classe et jouit d'une bonne réputation.

J'entreprendrai à présent une belle et large aurification centrale (crown). Dans de larges aurifications comme celle-ci j'emploie les instruments n°s 2, 3 ou 4, mais spécialement le n° 5, le premier en commençant et en finissant, le dernier pour bâtir l'aurification. Je prends à présent 2, 3, 4 ou plus de cylindres d'or, du n° 1, 2 ou 3, selon la largeur de la cavité; je les presse l'un à côté de l'autre au fond de la cavité avec les presselles. Alors avec l'instrument n° 2, 3 ou 4, avec une rotation un peu lente, je condense l'or aussi solidement que possible. Si l'or ne garde pas sa place parfaitement, j'introduis quelques cylindres de plus avec des presselles ou un fouloir et renouvelle la condensation avec les instruments rotatoires comme avant. A présent pour la construction de l'aurification, j'emploierai le n° 5 seul. La pointe n'est pas polie, mais seulement usée, sur une pierre à l'huile ou d'Arkansas. La surface de la fondation de mon aurification est polie, et paraît solide. Vous verrez cependant que, quand je mettrai l'instrument n° 5 en contact avec elle, qu'il comprimera l'or énormément. Il ne faut pas supposer que j'emploie beaucoup de force. Cet instrument travaille avec une rotation très rapide. Il travaille soit avec la pointe par pression directe, ou avec le côté par pression latérale. Cet instrument est usé en forme de pointe émoussée (roof form), dans les larges cavités, il ne devrait pas être trop petit,

ou vous feriez seulement des trous dans votre or. La machine marche très vite, et la pointe ne doit pas être tenue constamment contre l'or. Si elle est tenue trop longtemps sur un point, la dent deviendra chaude. On doit exercer sur toute la surface de l'or une série de pressions successives.

A présent, si vous examinez la fondation de l'aurification de près, vous verrez qu'elle est très condensée, et la surface, laquelle était devenue brillante par les instruments polis est maintenant pointillée, rugueuse, et la pointe de cet instrument est doré. La surface entière de l'or est à présent splendidement cohésive, vous pouvez bâtir dessus rapidement. Je prends à présent 3, 4 ou plus de cylindres d'or comme avant. Ils sont vite pressés et foulés avec l'instrument n° 5. La construction de l'aurification va marcher maintenant rapidement et sûrement. Quand la cavité est remplie vous pouvez avec un excavateur ou une rugine, vous convaincre de la solidité, et spécialement de la parfaite adaptation de l'or avec les bords de la cavité. Si tout est parfait, vous pouvez aller sur toute la surface avec l'instrument nos 1, 4 ou 7 selon le cas. Finalement, l'aurification est limée, meulée et polie : mais à présent, nous fendrons la dent afin d'examiner avec soin l'aurification. Ceci nous montrera les murs internes et les bords de la cavité, et la plus légère dépression parfaitement remplie ; vous pouvez détruire l'aurification elle-même, afin de voir si elle est solide. Vous voyez que pas une couche ne peut être divisée d'une autre ; l'or est aussi solide que s'il avait été fondu. Ceux qui étaient présents purent se convaincre de la perfection de l'aurification.

A présent, j'entreprendrai les deux aurifications entre les incisives centrales ; nous avons ces sortes de cavités tous les jours dans la pratique. Je ne fais jamais de point de rétention, je ne fais pas non plus de profondes gouttières ; mais je forme ma cavité de manière qu'elle soit plus large intérieurement qu'à l'entrée. Dans ce plan d'aurification, il est spécialement nécessaire que les parties les plus difficiles comme accès soient remplies les premières. Ceci est la partie postérieure ou mur de la cavité, spécialement cette partie vers la gencive. Dans les incisives si nous ne pouvons atteindre cette partie parfaitement, il faut que nous fassions l'aurification du côté

interue. Comme je n'ai besoin que de très peu de place avec ma méthode, je n'emploie jamais le caoutchouc entre les dents pour les séparer, tout au plus j'emploie un peu de coton. Si les dents sont très près l'une de l'autre, je les sépare avec de très fins instruments en forme de spatule et je maintiens la séparation avec des coins de bois placés près de la gencive, ou quand je vois que les surfaces proximales sont tellement cariées qu'elles risquent de se briser par la pression, je sépare avec le disque en diamant. Je n'ai besoin que d'une place suffisante pour employer mon mince disque en celluloïd ou passer une bande de papier de verre.

Je ferai maintenant les deux aurifications. En aurifiant les cavités proximales, j'emploie habituellement des cylindres n°s 2 et 3, n° 4 seulement dans de très petites cavités ou en finissant la surface, les petits creux qui peuvent exister. Quand il y a deux aurifications à faire comme dans ce cas, je les fais toutes les deux en même temps Je prends à présent deux ou trois cylindres n° 2 et les presse dans la première dent et encore deux ou trois cylindres n° 2 dans la seconde dent ; dans chaque cas je les presse en haut, en bas et vers la surface linguale ; je les foule fortement en place et emploie le n° 5 pour condenser l'or et rendre sa surface adhésive pour recevoir la nouvelle couche. Ces deux cavités à présent sont bâties de la même manière qu'une aurification centrale. L'instrument (n° 5) tourne rapidement avec des pressions intermittentes et se trouve, par ce moyen, doré. La surface de l'or travaillée de cette manière est adhésive. A présent, je prends encore deux ou trois cylindres pour chaque cavité et répète la manipulation avec l'instrument n° 5. Ceci est répété jusqu'à ce que les cavités soient pleines, de sorte que les deux aurifications paraissent se joindre. A présent j'emploierai le n° 15, c'est une aiguille à coudre propre et polie. Je pose la pointe de l'instrument ou les deux aurifications se joignent et avec une rotation lente et une pression continue l'aiguille traverse les aurifications, d'abord près de la gencive, ensuite près du bord libre de la couronne et ensuite au milieu. A présent vous voyez trois trous ronds passant d'avant en arrière. L'espace restant est ouvert de la même manière. Dans le cas

où les aurifications ne peuvent pas être séparées de cette manière, elles peuvent l'être avec une fine lime à séparer. Dans le cas où la surface de ces aurifications aurait besoin d'une condensation plus parfaite, nous emploierions nos 12 et 14 avec des pressions intermittentes et une rotation rapide. Les nos 6 et 12 j'emploie quand il existe un espace entre les dents et vers les bords de la cavité.

A présent, avant d'enlever la digue, j'unirai des aurifications avec une bande de papier de verre et enleverai les débris avec la poire à air et le cotton, et examine les bords de l'aurification, pour voir si elles me plaisent de toutes parts, si je trouve des imperfections, c'est facile de les réparer avant que l'humidité n'arrive Si tout est parfait, j'enlève la digue et finit l'aurifications selon la manière ordinaire, nous fendrons ces dents, que vous puissiez les examiner.

Ces aurifications sont trouvées excellentes.

A présent j'arrive au n° 3, aurifications de contour. Mon ami, le Dr Nicoli fit les premières aurifications de contour d'après ma méthode. Il me demanda durant l'année dernière, mon idée au sujet des aurifications de contour; je répondis que je n'en avais pas fait, qu'au contraire, je faisais toutes mes aurifications plates, ou à plans inclinés et regardais cela comme suffisant.

Dr Nicolai dit qu'il a fait de bonnes aurifications d'après ma méthode, et spécialement des aurifications de contour. Comme je n'avais pas d'intérêt spécial à faire ce genre de travail, je ne m'inquiétai pas davantage de la chose. Je continuai à faire mes aurifications comme avant, jusqu'à ce que mon frère revint d'Amérique, lequel me dit que ma méthode était incomplète, et n'obtiendrais jamais le respect et la considération de la profession si je ne pouvais pas l'employer pour les reconstitutions; je vous montrerai comment j'y ai réussi. J'aurifierai deux petites biscupides, j'ai choisi celles-ci, parce que dans la pratique, elles sont les plus difficiles à aurifier. Elles sont placées dans du plâtre de Paris, dans la position qu'elles occuperaient dans la bouche.

Toutes les deux sont cariées. L'une s'étend de la gencive jusqu'à la partie supérieure en prenant la moitié de la

couronne. Pour aurifier des dents comme celles-ci, après avoir d'abord nettoyé et préparé ma cavité, je construis un mur pour aurifier contre.

Plus récemment je fais cela très facilement en employant un morceau de ressort de montre, ou le bout uni d'une lime à séparer; le mur ou matrice ne devrait pas être plus des deux tiers ou des trois quarts de la hauteur que doit avoir l'aurification, afin de ne pas rendre l'accès de la cavité difficile. Je commence à présent : après que j'ai placé ma digue et préparé la cavité, je prépare toujours ma cavité à sec, parce que la dent est moins sensible, et qu'en cas de grande sensibilité, les médicaments : tels que l'huile d'œillet, l'esprit d'ammoniac, ou le chloroforme peuvent être appliqués avec plus d'avantage. Quand la cavité est bien nettoyée, et qu'elle a une forme convenable, je prends un morceau de ressort de montre et l'ajuste dans sa position, ou quand on peut les employer, les (loop-matrices) comme on en trouve dans le commerce. Aujourd'hui, j'emploierai des morceaux de ressorts de montre. Maintenant qu'il est absolument nécessaire que le mur d'acier soit fixé de manière qu'il ne bouge pas, je plie les morceaux de ressort de montre en forme de demi-lune, et presse le côté concave contre la dent; je le fixe en position par des coins de bois introduits à force, à la fois des surfaces buccales et linguales. Après je remplis la cavité de l'autre dent avec du coton, ceci aidera à supporter la matrice. A présent quand on est convaincu que la matrice est maintenue solidement en place, on verra que nous avons une cavité ressemblant à une cavité centrale et qui peut être aurifiée de la même manière ; nous devrons faire attention à aurifier solidement contre la matrice et spécialement que notre aurification soit parfaite le long des murs de la cavité, près de la gencive, et que les premières couches d'or soient parfaitement condensées.

Dans les aurifications de contour, j'emploie les plus simples instruments, soit le n° 5 seul, j'emploie un brunissoir en finissant seulement. Vous voyez que je construis l'aurification entière comme je le ferais d'une cavité centrale, j'emploie d'abord les pointés les plus larges, ensuite les plus fines

vers les bords de la cavité. Peut-être ce serait bien de chauffer légèrement l'or pour finir les bords de la cavité, pour donner à l'or plus de résistance.

La rotation de l'instrument devra toujours être rapide, avec de légères pressions successives sur toute la surface de l'or. Dens les endroits qu'on ne peut atteindre avec les instruments rotatoires (lesquels naturellement sont toujours droits), il faut que nous nous servions d'un fouloir ordinaire. Après que la cavité est remplie, le coton, les coins et la matrice sont enlevés. A présent, nous devons nous convaincre de la solidité et de la perfection de l'aurification, avant que l'humidité vienne en contact avec elle, afin de réparer toutes les imperfections. Avec moi, la règle est que ce n'est pas nécessaire. Après que j'ai condensé l'or au-dessus des bords de la cavité, avec l'instrument n° 7, je remplis la seconde cavité de la même manière que la première. Nous devons toujours faire attention que l'or ne dépasse pas le bord de la cavité près de la gencive. Je pense faire deux de ces aurifications en une heure environ.

A présent que j'ai fait à la main devant vos yeux les principales aurifications que nous rencontrons dans la pratique et que vous, mes collègues, êtes convaincus de leur perfection intérieure et extérieure, je dois vous montrer que cette méthode est aussi pratique dans la bouche, à la fois pour l'opérateur et pour le patient, et qu'elle a de grands avantages sur toutes les autres méthodes d'aurifications. Dans ce but, mon frère est venu ici avec moi, et je ferai dans sa bouche deux larges aurifications de contour. Ceci me donnera l'occasion de vous montrer la sûreté de nos nouveaux clamps (pour la digue) et le splendide travail exécuté par mes appareils à polir. Je vous en parlerai plus tard et vous montrerai leur application.

J'ai préparé les cavités chez moi. Vous verrez que je travaille plus sûrement et plus rapidement dans la bouche qu'à la main. J'aurifierai ces dents de la même manière et avec les mêmes instruments que celles faites à la main. Maintenant je vous prierai, Messieurs, dans l'intérêt de notre spécialité, de dire franchement ce que vous en pensez, de faire connaître votre

jugement et principalement les défauts que vous aurez observés, votre silence serait une injure; mais si tout est parfait, mon plus grand désir sera satisfait, et si vous pouvez faire vôtre ma méthode, je n'aurai qu'à m'en réjouir: J'apprécie le fait qu'une seule démonstration ne suffit pas pour apprendre tous les détails que comporte la matière; mais je ferai dans Bremen ou ailleurs, un cours gratuit de cinq ou six jours au mois de novembre ou décembre spécialement sur ma méthode d'aurification.

UNE AUTRE MORT DE CAUSE DENTAIRE.

Voici un fait intéressant, qui vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour nous montrer combien la face est une région dangereuse, et quelles surprises nous réserve à l'occasion le réseau vasculaire dont elle est sillonnée. On sait depuis longtemps les périls que fait naître, à cette place, l'affection la plus bénigne, un furoncle ou un anthrax de petit volume; on connaît les phlébites faciales qui peuvent accompagner ces tumeurs et causer la mort par l'inflammation des sinus de la dure-mère ou la pyohémie; on se rappelle que Reverdin (*Arch. gén.*, août 1870) attribue la gravité des anthrax de la lèvre à la texture serrée de ses éléments musculaires, condition qui favoriserait l'application phlébitique. Mais ce qu'on ignore en général, c'est qu'une périostite alvéolo-dentaire peut entraîner des accidents de même ordre, c'est-à dire une inflammation propagée aux veines faciales et au sinus crâniens. Dans l'article DENT du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 246), Magitot rappelle des observations de Guyon, Théophile Anger, Demons (de Bordeaux), où la mort eut lieu par ce mécanisme. Toujours la périostite siégeait au maxillaire inférieur.

M. le docteur Colombe (de Lisieux) nous signale un nouveau cas de cette complication redoutable : et chose curieuse, il s'agit cette fois d'un *abcès sus-maxillaire*, lésion beaucoup moins grave, ayant peu de tendance à gagner les parties voisines, et finissant d'ordinaire par l'ouverture spontanée sans amener de grands désordres.

Le terrain n'était pas heureux : le malade est un enfant de dix ans, très lymphatique, dont le frère et la sœur seraient morts de méningite aiguë. Souvent il a eu des fluxions dentaires; toutes les dents de la mâchoire supérieure sont usées transversalement, les couronnes diminuées de moitié. Le 7 août, le petit malade est couché depuis cinq ou six jours avec une douleur et une flèvre intenses ; toute la moitié gauche de la face est le siège d'un gonflement dur, œdémateux, sans fluctuation qui s'étend à la région sus-hyoïdienne. La gencive est tuméfiée, la bouche s'ouvre à peine, l'enfant parle difficilement. T. 39°2.

Du 7 au 12, la tuméfaction augmente; le doigt, introduit à grand'peine, trouve un abcès de la voûte palatine, l'ouvre est fait sortir une petite quantité de pus. Le 14, l'œdème a diminué, le malade consent à prendre

chaque jour du bouillon et du lait. Récidive et seconde ouverture de l'abcès le 16 août. L'œdème gagne la paupière du côté droit. Il n'y a pas d'exophthalmie. A gauche, les veines de la joue sont nettement dessinées; il en est une qui donne au doigt la sensation d'un cordon dur et qui se dirige vers le sillon naso-génien pour aboutir à la racine du nez. Incontinence d'urine, évacuation involontaire des matières fécales, ventre ballonné.

M. Colombe prescrit le sulfate de quinine et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 18 surviennent deux frissons de quelques minutes et de trois quarts d'heure. T. 39°, délire pendant la nuit. Le 19, l'œdème a presque entièrement disparu, mais l'enfant est dans le coma; la mort arrive dans la journée.

Il faut regretter que l'autopsie n'ait pu être faite. Cependant, le diagnostic de notre confrère nous paraît à l'abri de tout reproche : « Périostite alvéolaire suppurée, inflammation consécutive des veines faciales et phlébite des sinus de la dure-mère. » Peut-être une intervention rapide, si M. Colombe eût été appelé dans les cinq ou six premiers jours, eût-elle empêché l'évolution fatale; on ne saurait trop se méfier, en pareil cas, d'un œdème aux allures progressives, ni trop vite intervenir par le débridement des tissus et l'usage des antiseptiques. — L.-G. G.

(*Union Médicale.*)

Ah ! si jamais la nécessité de l'alliance du médecin et du dentiste fut prouvée, elle l'est par les faits douloureux que nous enregistrons aujourd'hui. La science médicale et l'art dentaire sont actuellement trop complexes pour qu'ils puissent être pratiqués par le même homme. Et si nous demandons pour le médecin des notions dentaires, pour l'étudiant en médecine un cours d'odontologie, pour le dentiste des connaissances médicales assez étendues, ce n'est pas pour les voir se confondre, mais pour qu'ils se prêtent mutuellement assistance pour le bien de leurs malades.

Le récit ci-dessus montre que le médecin n'était pas préparé à l'examen buccal, que le diagnostic et le traitement des affections d'origine dentaire lui sont peu connus. En l'espèce, la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce était toute indiquée ; intervention devant s'attaquer à la cause même et non aux accidents secondaires. La périostite alvéolo-dentaire se localise sur une ou plusieurs dents, sur une ou plusieurs alvéoles ; il était facile de préciser le point de départ de l'inflammation, il n'était pas impossible pour un dentiste expérimenté de faire disparaître la ou les dents cause de tout ce mal,

malgré l'œdème de la face. La suppression du corps irritant, l'évacuation du pus en résultait, et comme nous avons été à même de le constater en maintes circonstances analogues, la guérison eût été rapide.

P. D.

CORRESPONDANCE.

Depuis quelque temps, un journal absolument étranger à la profession, le *Glaneur illustré*, a tenté de s'immiscer dans les affaires de notre Ecole Dentaire, ce que quelques personnes ont vu avec autant de déplaisir que d'étonnement. Aussi, sur l'avis du Conseil de Direction, le Directeur de l'Ecole a-t-il signifié audit journal la rectification suivante que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs :

A Monsieur le Gérant du *Glaneur illustré*,

Monsieur,

Je lis dans votre journal du 23 Novembre 1884, l'annonce d'une histoire de l'Art Dentaire en France. C'est un sujet nouveau, intéressant et digne de tenter un écrivain. Aussi, quand l'un de vos rédacteurs est venu m'entretenir de votre projet, je n'ai pu que l'encourager, et lui dire que sur ses instances, je pourrais lui communiquer les documents que je possède.

Mais je n'ai point accepté la direction de cette œuvre qui, à mon sens, doit lui être personnelle et à laquelle je ne puis, ni ne veux attacher mon nom.

C'est donc sans mon autorisation que, dans votre numéro du 23 Novembre, vous m'en attribuez le patronage.

C'est également sans notre avis et contre notre gré que dans une liste des principaux dentistes de Paris, vous faites figurer les noms de MM. Bioux, Blocmann, Viau, Ronnet, Dubois, Pinard, Poinsot, Lemerle, Godon et le mien. Nous tenons tous à protester contre cette insertion. S'il est une profession dans laquelle la réclame doit être interdite, en raison même des

abus qui en ont été faits, c'est assurément la nôtre ; nous ne voulons pas être soupçonnés d'en faire.

Je vous prie, Monsieur, de publier *in extenso* dans votre prochain numéro, à titre de rectification, la présente lettre et d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Dr DAVID, Directeur de l'Ecole.

NOUVELLES

On le sait, nous suivons avec une sympathique attention les efforts de nos confrères belges. La *Revue Odontologique* de Bruxelles publie dans son numéro de novembre le compte rendu de la séance d'ouverture de la Société odontologique de Bruxelles. Le Dr Quinet, dans un remarquable discours, traça tout un programme d'action, que nous n'avons pas à juger dans ses détails, les conditions n'étant pas les mêmes qu'en France, nos confrères belges étant déjà règlementés. Quoi qu'il en soit, on ne peut qu'applaudir aux idées élevées de notre éminent confrère, et c'est avec un véritable plaisir que nous reproduisons le passage ci-dessous :

« Déjà en 1846 le Dr Talma, médecin-dentiste à Bruxelles, « membre de l'Académie, publiait un mémoire sur la nécessité d'un « enseignement de l'art du dentiste dans les facultés de médecine.

« Après trente-huit ans rien n'est changé. L'Académie de méde- « cine sommeille, majestueusement drapée dans son peplum offi- « ciel, se bornant à émettre de temps en temps, quand un téméraire « la réveille et l'oblige à faire un rapport sur un sujet qui traite de « la stomatologie ou de l'odontologie, à émettre, disons-nous, « *l'expression d'un vœu* en faveur des réformes à accomplir dans « l'enseignement médical. C'est le règne des impuissants et des « immobiles !!

« Les universités sont dans le même marasme, la même inaction « vis-à-vis de cette branche spéciale de l'art de guérir. Messieurs « les professeurs estiment, sans doute, que ce serait faire double « emploi que de créer un cours pour les maladies de la bouche et « les affections dentaires. Ils pensent qu'un professeur ordinaire de

« pathologie ou de chirurgie suffirait amplement à enseigner tout « ce qui concerne l'art dentaire.

« Vous, messieurs, qui avez une instruction traditionnelle solide, « vous savez ce qu'il en coûte pour faire un véritable dentiste à la « hauteur des exigences modernes. Vous leur pardonnerez, à ces « messieurs, car ils ne savent ce qu'ils disent.

« Les universités sont donc fort indifférentes aux progrès inces- « sants de l'odontologie et de l'art dentaire. Elles laissent se détacher « de plus en plus de ce bel arbre, d'où sortent les différents « rameaux qui se multiplient tous les jours, une des branches les « plus importantes, les plus délicates et les plus utiles de l'art « médical. Pour elles, les dentistes ne font plus partie de cet art « médical. Qu'elles méditent *ces retardataires*, cette phrase d'Au- « guste Comte (1) : « Par une loi, dit-il, dont la nécessité est « évidente, chaque branche du système scientifique se sépare « insensiblement du tronc, lorsqu'elle a pris assez d'accroissement « pour comporter une culture isolée, c'est-à-dire lorsqu'elle est « parvenue à ce point de pouvoir occuper à elle seule, l'activité « permanente de quelques intelligences. »

« Ne dirait-on pas messieurs, que ces lignes ont été écrites pour « la branche scientifique que nous représentons et que nous culti- « vons.

« Oui, l'odontologie doit comporter aujourd'hui une culture « isolée, et la pratique de l'art dentaire est capable à elle seule « d'occuper toute l'activité permanente des intelligences de ceux « qui l'embrassent.

« Vous le voyez, jusqu'ici nous n'avons rien obtenu de ces trois « corps constitués qui ont pour mission de s'occuper de l'enseigne- « ment supérieur en Belgique. Ils ne font rien, ils ne peuvent rien, « ils ne veulent rien faire, pour relever le niveau de notre belle « profession.

« C'est à nous, messieurs, à travailler à relever ce niveau moral « et scientifique.

« Le principe du *Self-Help*, si nous le voulons, portera bientôt

---

(1) Aug. Comte : Philosophie positive.

« ses fruits, et sous peu nous serons assez forts grâce à l'associa-
« tion, pour faire apprécier des autorités et du public, que la
« pratique de notre art consiste un peu en autre chose qu'à procé-
« der à l'extraction d'une mauvaise dent. Quand le public saura
« que pour être apte à tenir un cabinet de dentiste aujourd'hui, il
« faut être quelque peu médecin, chirurgien, mécanicien et artiste,
« il appréciera mieux la valeur de nos peines et de nos travaux, et
« la confiance, l'estime et la considération de la profession renaî-
« tront pour nous à l'égal de ceux qui pratiquent les autres branches
« spéciales de l'art de guérir. »

Une nouvelle École Dentaire à Berlin.

Le Gouvernement prussien vient d'établir une école dentaire. Le Ds F. Busch en a été nommé directeur, MM. Paëtsel, Müller et Sauër ont été nommés instructeurs en dentisterie.

Les cours théoriques porteront sur : 1° chirurgie pratique; 2° maladie des dents et de la bouche; 3° théorie des obturations; 4° histoire de la physiologie et de la pathologie dentaire; 5° Introduction à la prothèse dentaire.

Les cours pratiques suivants seront organisés. 1° Clinique des maladies des dents et de la bouche comprenant l'extraction des dents; 2° Dentisterie opératoire principalement l'obturation des dents cariées; 3° prothèse dentaire.

Nous avons le plaisir d'annoncer que M. Fayoux D. E. D. P. vient d'être nommé chirurgien-dentiste de l'hôpital de Niort.

Dentistiana. — Un de nos confrères a sur sa plaque à la porte de son appartement, M. X..., surgeon dentist.

Une ancienne cliente se présente et dit au domestique qui lui ouvre la porte, M. X... a donc maintenant un associé. Non, madame, répond l'ornement d'antichambre. En tous cas, je ne veux pas avoir affaire à M. Surgeon, mais à M. X... lui-même.

Elle fut satisfaite.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un homme estimé, M. L'Hopital, qui fut successivement dentiste et fournisseur pour dentistes. Il avait d'abord étudié et pratiqué l'art dentaire, notamment avec M. Pioline. Vers 1848, il se consacra exclusivement à la fabrication des dents minérales. A cette époque, ce genre de dents était encore peu employé. Cela tenait en partie à leurs imperfections, formes, nuances, solidité et homogénéité de la pâte qui était en terre à faïence ; moyens de fixation de la dent à la contre-plaque, tout était défectueux et bien dissemblable de nos dents actuelles. Quoique de faibles ressources, M. L'Hopital lutta honorablement pour maintenir à la fabrication française sa place sur le marché. Il fit faire quelques progrès à cette partie de l'art que la division du travail a rendu notre auxiliaire; en 1855, en 1867, en 1878, il obtenait des médailles. Ses dents étaient souvent, comme forme et comme nuances, au moins égales aux meilleurs produits étrangers, pourtant leur dureté et leur solidité au feu laissaient à désirer.

Ces défectuosités auraient certainement disparu si le fabricant avait eu à sa disposition les immenses ressources financières de ses concurrents de Philadelphie et de Londres.

Quoi qu'il en soit, défaut de capitaux, manque de hardiesse industrielle et commerciale, il succomba; et actuellement la fabrication des dents est dans le monde entier aux mains d'une maison hardie, novatrice et il se pourrait qu'avant peu, elle monopolisa cette branche de la fourniture pour dentistes.

Aux efforts actuels des dentistes français doit correspondre un mouvement analogue des maisons de fournitures. Il y a cinq ans les produits perfectionnés n'étaient que dans quelques mains, ils sont désormais nécessaires à tous. Les fournisseurs ont été pour beaucoup les bénéficiaires du mouvement actuel et nous aimerions voir qu'ils prissent exemple sur leurs habiles et heureux concurrents transatlantiques, qu'ils se fissent toujours un devoir de quitter les chemins trop battus. Ils sont désormais dans de meilleures conditions que l'homme de bien dont le souvenir nous occupe aujourd'hui.

L'Odontologie les aidera toujours dans leurs tentatives de faire mieux.

P. D.

CONCOURS

pour deux places de Professeur adjoint de Dentisterie opératoire.

Les conditions et le programme de ce concours, qui s'ouvrira le deuxième dimanche de Janvier 1885, ont été ainsi arrêtés par le Conseil de Direction de l'Ecole :

Jury.

Le jury du concours se composera de cinq membres : le Directeur de

l'Ecole, un Membre du Conseil de Direction, trois Professeurs, dont celui de Dentisterie opératoire qui sera président de droit.

EPREUVES.

Le concours se composera :

1° d'une ÉPREUVE ÉCRITE sur un sujet de pathologie dentaire, tiré au sort, à traiter en deux heures. Les compositions seront lues en séance publique, par les candidats ;

2° d'ÉPREUVES CLINIQUES, comprenant :

a une *leçon orale* sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (étiologie, diagnostic, marche, pronostic, indications thérapeutiques).

b l'*exécution* sur le malade d'une opération arrêtée par le jury.

3° d'ÉPREUVES PRATIQUES, comprenant :

a une aurification à l'or adhésif.

b une aurification à l'or non adhésif.

c une autre opération, dans les conditions indiquées par le jury.

CLASSEMENT.

Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est de 20 pour la composition écrite, de 15 pour chacune des deux épreuves cliniques et de 10 pour chacune des trois épreuves pratiques. Dans la détermination du nombre de points, le jury tiendra compte en premier lieu du mérite de l'épreuve, et accessoirement suivant leur valeur, des grades en médecine, des diplômes dentaires, des fonctions remplis dans les Ecoles dentaires, des travaux scientifiques, etc. A la fin de chaque séance, le jury annoncera le nombre de points obtenus par les candidats.

NOMINATION.

La nomination sera proclamée par le Conseil de Direction de l'Ecole, qui se prononcera d'après le rapport adressé par le jury du concours.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ.

Etre âgé de 25 ans.

Avoir obtenu depuis au moins un an, le diplôme médical ou dentaire.

Avoir ses droits civils et politiques.

Avoir fait acte de candidature, deux jours avant l'ouverture du concours, par une demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'obligation de satisfaire aux engagements prescrits, accompagnée des pièces justificatives des conditions d'admissibilité.

FONCTIONS.

Les professeurs adjoints remplacent le professeur titulaire en cas d'absence, et le suppléent en outre sous sa direction. Ils doivent venir à l'Ecole, alternativement tous les deux jours.

Ils sont nommés pour une durée de trois ans.

Ils reçoivent une indemnité de cinq cents francs par an.

Les candidats peuvent, dès maintenant, adresser leur demande au Directeur de l'Ecole, 23, rue Richer.

AVIS

Le Conseil de Direction de l'Ecole a décidé dans sa dernière séance, afin de compléter le programme du *Cours préparatoire* qu'il serait, à partir de l'année scolaire 1884-85, organisé de la façon suivante :

COURS THÉORIQUES. — Eléments de Physique, de Chimie et de Mécanique, — Histoire naturelle, — Eléments d'Anatomie et de Physiologie.

CLINIQUE. 1er Semestre : Assistance à la Clinique tous les matins.
— 2e — Nettoyages de la bouche.

Les droits du cours préparatoire restent fixés à 200 fr. pour l'année.

PROTHÈSE. — Les élèves du cours préparatoire seront admis à suivre le cours pratique de Prothèse du matin en ne payant que 100 fr. au lieu de 300 fr. pour ledit cours.

Des erreurs de noms et d'adresses se sont glissées dans la liste publiée dans l'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste. Nous prions les intéressés de nous les signaler, afin de corriger les éditions subséquentes.

Tous les exemplaires brochés de l'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste ayant été vendus, nous ne pourrons désormais satisfaire aux demandes, qu'en envoyant des exemplaires cartonnés.

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste est en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Il a été expédié à tous les souscripteurs. Ceux d'entre eux qui ne l'auraient pas reçu, sont priés d'en avertir l'Administration du Journal.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.

Le prix des exemplaires non payés sera réclamé par la poste du 15 au 30 Décembre 1884. Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande à acheter : 1° le numéro de Mai 1877 du *Progrès dentaire* ; 2° le numéro d'Août 1879 de la *Gazette odontologique* ; 3° les numéros de Janvier 1882 et Février 1883 de la *Revue odontologique*.

Faire parvenir au Bureau du Journal, Dr D.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontogique de Bruxelles.
Cosmos.
Dental Register.
Dental News.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Dental Jairus.
Practitioner.
The Saint-Louis Dental.
Repertorie Dental.
El. Progresso Dental Habana.
L'Odontologia.
La France Médicale.
L'Abeille Médicale.
Le Concours Médical.
Bulletin Général de Thérapeutique.
Le Scapel de Liège.
Journal de Médecine et de Chirurgie
Journal des Sciences Médicales de Lille.
Archives générales de Médecine.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblatteur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
L'union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiene.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Le Journal Médical.

26208. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

TABLE DES MATIÈRES

Pour l'année 1884.

JANVIER

FÉVRIER

MARS.

AVRIL.

MAI

JUIN

JUILLET

AOUT

SEPTEMBRE

OCTOBRE

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

TABLE MÉTHODIQUE

DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE DES JOURNAUX

BIBLIOGRAPHIE

VARIÉTÉS. — NOUVELLES

SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES
DE PARIS

FONDÉS PAR SOUSCRIPTION PUBLIQUE EN 1880

23, rue Richer, 23

Année scolaire 1884-85

Directeur : M. le Docteur TH. DAVID.

CONSEIL DE DIRECTION

Président : EM. LECAUDEY, chirurgien-dentiste, médecin de la Faculté de Paris.

Vice-Président : P. POINSOT, chirurgien-dentiste, professeur à l'École Dentaire de Paris.

Vice-Président : WIESNER, chirurgien-dentiste, dentiste de la Légion d'honneur.

Secrétaire-Général : CH. GODON, chirurgien-dentiste, D. E D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

Secrétaire correspondant : G. VIAU, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Trésorier : A. RONNET, chirurgien-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.

Bibliothécaire : L. THOMAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Bibliothécaire suppléant : P. DUBOIS, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.

Conservateur du Musée : G. BLOCMAN, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris, chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, professeur suppléant.

MEMBRES CONSULTANTS

A. AUBEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole Dentaire, rédacteur en chef de l'*Odontologie*.

BARBE, chirurgien-dentiste, D. E. D. P.

L. BIOUX, chir.-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire.

R. CHAUVIN, chir.-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

AD. DUGIT fils, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

F. GARDENAT, chirurgien-dentiste.

LEVETT, chirur.-dentiste, D. D. S. de New-York, professeur à l'Ecole Dentaire.

LEMERLE, chir.-dentiste, D.E D.P., démonstrateur à l'Hôpital Dent.

DE LEMOS, chir -dentiste, D.E.D.P. démonstrateur à l'Hôpital Dent.

M. LAGRANGE, chirurg.-dentiste, D. E D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire.

PILLETTE, chirurgien-dentiste, ex-professeur à l'Ecole Dentaire.

PINARD, chirurgien-dentiste.

POTEL, chirur.-dentiste, D.E.D.P.

MEMBRES HONORAIRES

E. BILLARD, ex-Secrétaire général du comité d'organisation de l'Ecole Dentaire.

P. CHRETIEN, chirurgien-dentiste, ex-Trésorier de l'Ecole Dentaire.

DEBRAY, chirurgien-dentiste.

DELSART, chirurgien-dentiste, ex-Vice-Président de l'Ecole Dentaire.

DUGIT père, chirurgien-dentiste.